

Метакогнитивная терапия тревоги и депрессии



Эдриан Уэллс



ГИЛФОРД ПРЕСС

Нью-Йорк Лондон

Об авторе

Эдриан Уэллс, PhD, профессор клинической и экспериментальной психопатологии Манчестерского университета, Великобритания, и профессор клинической психологии в Норвежском университете естественных и технических наук в Тронхейме, Норвегия. Он получил международное признание за свой вклад в понимание психопатологических механизмов и развитие когнитивно-поведенческой терапии, в особенности при тревожных расстройствах. Уэллс — основатель метакогнитивной терапии и опубликовал более 130 научных статей, глав и книг. Он является ответственным редактором журналов *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* и *Cognitive Behaviour Therapy*, а также одним из основателей Академии когнитивной терапии.

Предисловие

Когниции важны. К настоящему времени точно установлено, что мысли оказывают сильное влияние на эмоциональное и психологическое самочувствие. Но подумайте вот о чем: количество мыслей, посетивших вашу голову вчера, исчисляется тысячами. Какие-то из них были приятными, какие-то — не очень. Куда делись все эти мысли?

Мысли появляются и исчезают. Центральная предпосылка описываемого в данной книге подхода заключается в том, что психическое расстройство — это степень, до которой некоторые мысли расширяют свою зону влияния и используются повторно, а другие — просто отпускаются. Это процесс выбора и контроля стилей мышления, который зависит от метакогниции. Также это способ того, как мы относимся к своим внутренним переживаниям.

В когнитивно-поведенческих теориях содержанию мысли придается огромное значение, так как оно указывает на наличие расстройства. Но то, как мы думаем о каком-либо событии, или то, как мы думаем о совокупности разговоров, о нас, о мире вокруг нас, оказывает более глубокий эффект. В сущности, то, как мы реагируем на мысли, может привести — и очень часто приводит — к эмоциональному страданию.

За последние 40 лет когнитивно-поведенческая модель предоставила достоверное понимание влияния когниции на психологическое самочувствие и на ее основе были разработаны методики лечения тревожных, аффективных и других расстройств. Как и эта модель, метакогнитивная терапия (metacognitive therapy; МСТ) предполагает, что психическое расстройство является результатом искаженного мышления, однако, она предоставляет другое объяснение его природы и причин. Ранние подходы удивительно мало уделяли внимания вопросу о том, что именно приводит к возникновению непродуктивных паттернов мышления. Недостаточно объяснять такие паттерны исключительно наличием глубинных убеждений о себе и о мире, такими как «я ранимый» или «я неудачник».

Негативное убеждение, например, «я неудачник», может привести к ряду реакций, таким как использование стратегий достижения успеха — учиться на ошибках, больше работать, осваивать новые навыки — или как игнорирование убеждения, просто как неважной мысли.

Негативные убеждения необязательно ведут к нарушенным паттернам мышления и длительному эмоциональному страданию. Метакогнитивная теория предполагает, что нарушения в мыслительной и эмоциональной сферах возникают из метакогниций, обособленных от тех иных мыслей и убеждений, которыми занимается когнитивно-поведенческая терапия (cognitive-behavioral therapy, CBT).

Необходимо сказать кое-что важное о паттерне мышления, лежащем в основе психического расстройства. Он имеет повторяющийся, циклический, замкнутый на размышлениях характер, который сложно поддается контролю. Ранние теории ничего или практически ничего не говорили о таких свойствах; вместо этого они предпочитали фокусироваться на содержании мыслей. Ранние подходы фокусировались на специфических иррациональных убеждениях или негативных автоматических мыслях, но это только небольшая часть когниции, которая может иметь ограниченную значимость. Например, большинство пациентов сообщают о длинных цепочках неконтролируемой когнитивной активности, которые не подходят под определение автоматических мыслей. Контроль ментальных процессов и выбор некоторых идей для продолжительных размышлений — вот, что является центром эмоционального страдания. Вместо того чтобы привязывать эмоциональные проблемы к автоматическим мыслям, МКТ рассматривает проблемные внутренние состояния как тесно связанные с непродуктивными процессами беспокойства, руминации и стратегиями ментального контроля.

В начале своего пути, приведшего меня к МКТ и занявшего более 20 лет, казалось, что для прогресса в этой сфере необходимо расширить и обогатить понимание факторов, которые контролируют мышление и вызывают мучающие мысли.

Я был убежден, что необходимо расширить концепцию метакогниции и ее оценку и использовать это для формулирования контроля внимания и ментальных процессов в психическом расстройстве.

Метакогниция относится к внутренним когнитивным факторам, которые контролируют, отслеживают и оценивают мышление. Ее можно подразделить на метакогнитивное знание (например, «я должен беспокоиться, чтобы справиться»), переживания (например, ощущение знания) и стратегии (например, способы контролирования мыслей и защиты убеждений)¹.

Центральная идея заключается в том, что метакогнитивные факторы играют решающую роль в определении безуспешных стилей мышления, наблюдаемых при психическом расстройстве, которые приводят к возникновению устойчивых негативных эмоций. В своей «жесткой» форме метакогнитивная теория предполагает, что иррациональные убеждения, или схемы, которым придавали особое значение Альберт Эллис и Аарон Бек в своих когнитивных теориях — или, по меньшей мере, их устойчивость и влияние — являются продуктами метакогниций.

Метакогниции направляют внимание, определяют стили мышления и направляют прямые копинг-реакции таким образом, что это постоянно приводит к возникновению дисфункционального знания. Это динамический взгляд на убеждения, как на создаваемые более стабильными метакогнициями. Этот взгляд подразумевает, что лечение должно быть направлено на изменение метакогниций, а не их последствий.

В «мягкой» форме теория предполагает, что метакогнитивные убеждения существуют наравне с другими имеющимися убеждениями о себе и о мире, но в качестве отдельных сущностей, ответственных за контролирование когниции и

¹ Я бы хотел подчеркнуть, что есть важные проблемы когнитивной архитектуры, относительные эффекты уровней контроля внимания и проблемы когнитивных ресурсов, которые принимаются во внимание в теории и описываются в других работах (Wells & Matthews, 1994, 1996). Метакогнитивная модель ассимилирует теоретическую и исследовательскую части этих важных областей и предлагает объяснение влияния искажений и внимания на выполнение задания. Однако для практикующих МСТ это представляет побочный интерес, а потому подробно в данной книге не рассматривается.

использование других, более общих, убеждений и знаний. При этой форме лечение может сохранять компонент оспаривания традиционных убеждений, но также должно иметь дело с сосуществующими метакогнициями.

Как в жесткой, так и в мягкой форме, метакогнитивный подход влечет за собой серьезные последствия для лечения. Им мы руководствуемся при определении стратегий, которые позволяют пациентам по-новому отнестись к своим мыслям и убеждениям. Этот подход не ставит под вопрос валидность мыслей и убеждений, как традиционная КПТ, а направляет психотерапевта на путь изменения метакогниций, порождающих дезадаптивные стили трудноконтролируемого устойчивого негативного мышления. Например, метакогнитивный подход к лечению травм предполагает, что метакогнитивные убеждения и стратегии контроля, которые нарушают встроенную саморегуляцию, являются причиной, почему симптомы не прекращаются. Тенденция к беспокойству и руминации, замыканию внимания на угрозе и совладанию путем избегания мыслей препятствует нормальной адаптивному процессу и ведет к постоянным мыслям об опасности и устойчивым симптомам.

Из этого следует, что лечение должно состоять из устранения беспокойства и руминации, ликвидации аттентивных стратегий мониторинга угроз и помощи пациентам в переживании навязчивых мыслей без избегания или реагирования на них непродуктивным подавлением или стратегиями руминации и постоянных размышлений. Этот подход отличается от стандартной КПТ тем, что не включает оспаривание мыслей или убеждений о травме или длительную и повторяющуюся экспозицию с травматическими воспоминаниями. Вместо этого он включает изменение отношения к мыслям, отказ от сопротивления или досконально продуманного концептуального анализа и откладывание стилей дезадаптивного мышления, включающих беспокойство, руминацию и негибкий мониторинг угроз. В МКТ убеждения оспариваются, но фокус делается на убеждениях человека по поводу самой когниции.

При лечении депрессии МКТ нацеливается больше на процесс

руминации, чем на содержание ряда негативных автоматических мыслей. Лечение включает технику тренировки внимания для прерывания постоянных негативных размышлений и достижения гибкого контроля над стилями мышления. Кроме того, оно включает оспаривание негативных метакогнитивных убеждений о неконтролируемости депрессивного мышления и оспаривание позитивных убеждений о необходимости руминации как средства совладания с грустью и нахождения ответов.

Цели читателей этой книги неизбежно разнятся, как и стили переработки изложенного в ней материала. Книга представляет собой подробное терапевтическое руководство и изобилует терапевтическими техниками, основанными на теории. Читатель найдет схемы интервью для разработки формулировок случая, планы лечения и методики оценки. Многие из изложенных идей — новые и могут потребовать применить их, прежде чем вы полностью оцените природу МКТ. Я пытался избегать технической терминологии, насколько это возможно, и надеюсь, не утратив при этом научной и концептуальной целостности подхода МКТ.

Благодарности

Эта книга стала результатом более чем двадцатилетнего труда. За эти годы я успел поработать со многими людьми, как с коллегами, так и со студентами. Моя докторская диссертация была посвящена процессам самовнимания при тревоге. Моим руководителем был Д. Рой Дэвис (D. Roy Davies), влиятельный ученый и наставник. Позднее мне посчастливилось посотрудничать с Джералдом Мэтьюзом (Gerald Matthews), в соавторстве с которым мы написали книгу «Внимание и эмоции: клиническая перспектива» (*Attention and Emotion: A Clinical Perspective*), в которой представили первое теоретическое обоснование МКТ. Я работал с Аароном Беком (Aaron T. Beck) в Филадельфии, где проходил тренинг по когнитивной терапии. С начала и до середины 1990-х годов я сотрудничал с Дэвидом Кларком (David M. Clark) и коллегами в Оксфорде, где мы разработали когнитивную модель и терапию социофобии, основываясь на моих ранних работах по метакогниции. В то время я параллельно работал и над когнитивной терапией, и над МКТ — что нашло отражение в моей книге «Когнитивная терапия тревожных расстройств: практическое и концептуальное руководство» (*Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*).

После перехода в Манчестерский университет я продолжил разрабатывать и оценивать эффективность МКТ и написал первую книгу, посвященную исключительно МКТ: «Эмоциональные расстройства и метакогниция: инновационная когнитивная терапия» (*Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*). Мне тогда еще не хватило смелости убрать «когнитивную терапию» из названия, так как оказалось, что МКТ ей противоречит. Однако, сегодня многие мои коллеги занимаются МКТ. Я особенно благодарен моим университетским коллегам из Тронхейма: Хансу Нордалю (Hans Nordahl), Тору Стулесу (Tore Styles) и Патрику Фогелю (Patrick Vogel), которые занимаются теорией МКТ. Я также благодарен Крису Брюэну (Chris Brewin) за нашу недавнюю совместную работу над проектом, финансируемым Советом по медицинским

исследованиям, в рамках которого МКТ применялась для лечения депрессии.

Один из моих студентов, получивших ученую степень, Костас Папагеоргиу (Costas Papageorgiou), является моим давним соавтором; под нашей редакцией вышла книга по депрессии «Депрессивная руминация: природа, теория и лечение» (Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment). Моя секретарь, Джойс Рассел (Joyce Russell), всегда оказывала мне огромную поддержку. Сандип Семби (Sundeep Sembi) принимал участие в ранней оценке эффективности МКТ при посттравматическом стрессовом расстройстве, Питер Фишер (Peter Fisher) принимал участие в ранней оценке эффективности МКТ при обсессивно-компульсивном расстройстве, а Маркантонио Спада (Marcantonio Spada) работал над зависимостями. Карин Картер (Karin Carter) сыграла важную роль в разработке техники тренировки внимания и исследовании ГТР и предложила несколько важных исправлений текста. Я очень благодарен всем перечисленным людям, а также многим другим, с которыми работал на протяжении многих лет.

Эдриан Уэллс

Оглавление

Глава 1. Теория и природа метакогнитивной терапии **Error! Bookmark not defined.**

Природа метакогниции **Error! Bookmark not defined.**

Два способа переживания: режимы **Error! Bookmark not defined.**

Метакогнитивная модель психического расстройства **Error! Bookmark not defined.**

CAS **Error! Bookmark not defined.**

Последствия CAS **Error! Bookmark not defined.**

Позитивные и негативные метакогнитивные убеждения **Error! Bookmark not defined.**

Замечание о различиях терапии, ориентированной на процесс и терапии, ориентированной на содержание **Error! Bookmark not defined.**

Заключение **Error! Bookmark not defined.**

Глава 2. Оценка **Error! Bookmark not defined.**

Операционализация модели АМС **Error! Bookmark not defined.**

Поведенческие оценочные тесты при тревоге 27

Опросники **Error! Bookmark not defined.**

Оценочные шкалы 32

Семишаговый план оценки 33

Заключение 34

Глава 3. Основные навыки метакогнитивного терапевта 35

Идентификация уровней и переход между ними 35

Обнаружение CAS 37

Использование метакогнитивно-ориентированного

сократовского диалога 38

Метакогнитивно-ориентированная вербальная реатрибуция 42

Метакогнитивная экспозиция 44

Заключение 47

Глава 4. Техники тренировки внимания 49

Обзор АТТ 49

Обоснование АТТ 50

Проверка доверия 51

Оценочная шкала внимания, направленного на себя 51

Основные инструкции для АТТ 52

Обратная связь от пациента 53

Домашние задания 53

Устранение проблем 53

План первой АТТ-сессии 54

Пример случая 55

Ситуативная рефокусировка внимания 56

Заключение 57

Глава 5. Техники отстраненной осознанности 58

Цели DM 59

Компоненты DM 60

DM: модель переработки информации 60

DM и другие формы осознанности 62

Десять техник 63

Подкрепление DM с помощью сократовского диалога 67

Домашние задания 67

Применение DM в МКТ 67

Заключение 68

Глава 6. Генерализованное тревожное расстройство	69
Общий характер беспокойства	70
Поддается ли беспокойство контролю?	70
Метакогнитивная модель ГТР	71
Модель в действии	73
Структура лечения	74
Концептуализация случая	75
Социализация	78
Переход от социализации к метакогнитивной модификации	80
Подвержение сомнению убеждений о неконтролируемости	80
Отстраненная осознанность и откладывание беспокойства	81
Оспаривание убеждений о неконтролируемости	82
Оспаривание метакогниций, связанных с опасностью	83
Поведенческие эксперименты	86
Оспаривание позитивных метакогнитивных убеждений	88
Новые планы для переработки	91
Профилактика рецидива	92
План лечения ГТР	92

Глава 7. Посттравматическое стрессовое расстройство

CAS при ПТСР
Метакогнитивные убеждения
Метакогнитивная модель ПТСР
Модель в действии

Структура лечения
 Концептуализация случая
 Социализация
 Представление обоснования лечения
 Отстраненная осознанность и откладывание
 беспокойства/руминации
 Применение ДМ и откладывания беспокойства/руминации
 Тренировка генерализации
 Устранение других дезадаптивных копинг-стратегий
 Модификация внимания
 Остаточное избегание
 Новые планы для переработки
 Профилактика рецидива
 План лечения ПТСР

Глава 8. Обсессивно-компульсивное расстройство

Обзор МКТ: объектный уровень vs мета-уровень
 Два типа метакогнитивных изменений
 CAS при ОКР
 Метакогнитивные убеждения
 Стоп-сигналы
 Метакогнитивная модель ОКР
 Модель в действии
 Структура лечения
 Концептуализация случая
 Социализация
 Представление обоснования лечения
 Вовлечение: нормализация и дестигматизация
 Отстраненная осознанность

Повышение соблюдения ERP и ERC

Оспаривание специфичных метакогнитивных убеждений о
мыслях

Поведенческие эксперименты

Страх заражения: особый случай?

Модификация убеждений о ритуалах

Поведенческие эксперименты и убеждения о ритуалах

Новые планы для переработки: стоп-сигналы и критерии
знания

Профилактика рецидива

План лечения ОКР

Глава 9. Большое депрессивное расстройство 93

Руминация и депрессивное мышление 93

CAS при депрессии 95

Метакогнитивная модель депрессии 95

Модель в действии 97

Структура лечения 98

Концептуализация случая 99

Социализация 102

Повышение мотивации

Помощь пациенту в понимании роли поведения

Тренировка внимания

Отстраненная осознанность и откладывание руминации

Применение DM-техник

Модификация негативных метакогнитивных убеждений

Модификация позитивных метакогнитивных убеждений

Модификация мониторинга угроз

Дезадаптивные стратегии совладания с колебаниями

настроения

Новые планы для переработки

Профилактика рецидива

Страх рецидива

Замечание о суицидальности и самоповреждениях

План лечения депрессии

Глава 10. Подтверждение метакогнитивной теории и терапии

Суть и последствия CAS

Метакогнитивные убеждения

Промежуточные итоги

Причинный статус CAS и метакогниций

Влияет ли метакогниция на возникновение расстройства вне зависимости от обыкновенной когниции?

Тестирование модели: данные пат-анализа и моделирования структурными уравнениями

Обобщение данных, подтверждающих метакогнитивную теорию

Подтверждение терапии

Заключение

Глава 11. Заключительные соображения

Требования к трансдиагностическому лечению

Универсальная формулировка

Нейробиология и МКТ

МКТ в широком контексте

Заключительные замечания

Приложения

Опросник метакогниций 30 (MCQ-30)

Опросник метабеспокойства (MWQ)

Тест слияния мыслей (TFI)

Сводная таблица по техникам тренировки внимания

Оценочная шкала самовнимания

CAS-I

Опросник генерализованного тревожного расстройства, пересмотренный (GADS-R)

Опросник посттравматического стрессового расстройства (PTSD-S)

Опросник обсессивно-компульсивного стрессового расстройства (OCD-S)

Опросник большого депрессивного расстройства (MDD-S)

Интервью для формулировки случая ГТР

Интервью для формулировки случая ПТСР

Интервью для формулировки случая ОКР

Интервью для формулировки случая депрессии

План лечения ГТР

План лечения ПТСР

План лечения ОКР

План лечения депрессии

Сводная таблица нового плана

Глава 1. Теория и природа метакогнитивной терапии

Мысли неважны, в отличие от вашей реакции на них.

У всех бывают негативные мысли и все периодически убеждены в их правильности. Но не у всех развивается устойчивая тревога, депрессия или эмоциональное страдание. Важный вопрос таков: что контролирует мысли и определяет, выбросит ли человек их из головы или погрузится в продолжительный и глубокий дистресс?

Эта книга предлагает ответ на этот вопрос. Она предполагает, что метакогниции ответственны за здоровый и нездоровый контроль над разумом. Более того, она основана на том принципе, что не только то, *что* человек думает, но и то, *как* он думает, определяет эмоции и контроль над ними.

Мышление можно сравнить с большим оркестром, в котором много музыкантов и музыкальных инструментов. Чтобы оркестр сыграл увертюру приемлемо, нужны партитура и дирижер. Метакогниция — это партитура и дирижер, стоящий за мышлением. Метакогниция — это когниция, примененная к когниции. Она отслеживает, контролирует и оценивает продукты и процесс осознания.

Для большинства из нас эмоциональный дискомфорт является временным состоянием, поскольку мы обучаемся гибким способам обращения с негативными идеями (например, мыслями и убеждениями), которые производит наш разум. Метакогнитивный подход основан на той идее, что люди попадают в ловушку эмоционального нарушения, поскольку их метакогниции вызывают особый паттерн реагирования на внутренние переживания, который поддерживает эмоции и усиливает негативные идеи. Обсуждаемый паттерн называется когнитивно-аттентивным синдромом (cognitive attentional syndrome, CAS) и состоит из беспокойства, руминации, фиксированного внимания и непродуктивных стратегий саморегуляции или поведенческих копинг-стратегий.

Что из себя представляет этот токсичный паттерн можно понять

по недавнему ответу одной пациентки. Я спросил ее: «Какую самую главную вещь вы узнали о своей депрессии благодаря метакогнитивной терапии?» Она ответила: «Настоящая проблема не в том, что у меня есть негативные мысли о самой себе, а в том, как я на них реагирую. Я поняла, что подливала масло в огонь. Я просто не замечала этот процесс раньше». Эта пациентка узнала, что ее реакции на негативные мысли самопроизвольно развились в непродуктивный стиль мышления, который поддерживал ее негативное представление о себе. Мы вернемся к природе этого процесса позднее в этой главе.

Метакогнитивная терапия (МКТ) базируется на том принципе, что метакогниция жизненно важна для понимания того, как действует когниция и как она генерирует сознательные переживания касательно нас самих и окружающего мира. Она также формирует оценки и влияет на типы стратегий, которые мы используем для регулирования мыслей и чувств. Ключевая идея, развиваемая и иллюстрируемая в данной книге, предполагает, что метакогниция оказывает решающее влияние на то, что мы думаем и во что верим, и что она является базисом для нормальных и аномальных эмоциональных и сознательных переживаний.

Базовая предпосылка традиционной когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), такой как теория схем Бека (напр., Beck, 1967, 1976) или рационально-эмоционально-поведенческая терапия Эллиса (РЭПТ; Ellis, 1962; Ellis & Harper, 1961), состоит в том, что ошибки, или искажения, мышления вызывают психическое расстройство. Оба этих подхода отдают центральную роль дисфункциональным убеждениям. МКТ в целом согласуется с этим подходом, с его основополагающими принципами, что делает ее видом когнитивной терапии. От предыдущих подходов ее отличает идентификация конкретного стиля мышления и типов убеждений, не указываемых этими другими теориями в качестве причины расстройства. Данный стиль мышления не имеет отношения к когнитивным искажениям, таким как абсолютистские стандарты или черно-белое мышление. Стиль, который интересует МКТ, — это CAS, который характеризуется избыточным количеством устойчивого вербального мышления и

заикливания в форме беспокойства и руминации. Он сопровождается специфическими ошибками внимания, при которых внимание замыкается на угрозе. Значимые для МКТ убеждения — это не обыкновенные когниции КПТ и РЭПТ касательно мира и социального и физического Я, а убеждения о мышлении (метакогнитивные убеждения).

Традиционный КПТ-подход к психическому расстройству утверждает, что не сами события вызывают психологические проблемы, а способ, которым эти события интерпретируются. КПТ работает со значениями, которые люди приписывают своим переживаниям. Она предполагает, что проблема заключается в ошибочных и искаженных взглядах на себя и на мир. Она изменяет содержание мысли и убеждение человека в обоснованности этого содержания. МКТ, напротив, имеет дело со способом мышления и предполагает, что проблема заключается в негибких и рекуррентных стилях мышления как реакциях на негативные мысли, чувства и убеждения. Она фокусируется на устранении безуспешных стилей переработки. Она предполагает, что любые проблемы с когнитивными темами (содержанием) возникают исключительно на метакогнитивном уровне. Возьмем в качестве примера пациента с депрессией и убеждением «я бесполезен». КПТ-терапевт возьмется за проблему, спросив: «Чем вы можете это подтвердить?». Напротив, МКТ-терапевт спросит: «Какой смысл в оценке вашей ценности?».

И в КПТ- и в МКТ-подходах содержание мыслей и убеждений определяет тип переживаемого расстройства. Мысли об опасности приводят к тревоге; мысли о потере и самообесценивании приводят к печали. МКТ постулирует, что это содержание не приводит к расстройству, поскольку такие мысли бывают у большинства людей и для большинства эта эмоция носит временный характер. Эмоциональное расстройство это проблема, связанная с невозможностью выйти из состояния дистресса. Оно либо хроническое, либо рекуррентное. Эмоциональное расстройство вызывается метакогнициями, которые приводят к стилям мышления, которые замыкают индивида в длительных и повторяющихся состояниях негативной

саморефлексии. По сути, МКТ имеет дело с факторами, ведущими к устойчивому мышлению и неверно направленному копингу.

В КПТ предполагается, что ошибочные интерпретации событий, вызывающие психическое расстройство, проистекают из убеждений, но рассматриваемые в ней убеждения принадлежат к обыкновенной когнитивной сфере. Это, например, такие убеждения, как «Мир опасен» или «Я неадекватен». В МКТ эти убеждения рассматриваются как продукты метакогниций, которые приводят к паттернам внимания и мышления, которые постоянно генерируют эти идеи или замыкаются на них. Следовательно, терапия должна нацеливаться на изменение метакогниций и паттернов мышления как на причину стабильных негативных убеждений или «обыкновенных когниций». Убеждения или схемы КПТ рассматриваются терапевтами МКТ не как стабильные сущности, которые необходимо устранить, а как продукты мыслительных процессов.

Из предыдущего вступления ясно, что МКТ вводит важное разграничение между когницией и метакогницией и фокусирует терапевтическую работу преимущественно на последней. Ранние когнитивные терапии не проводят четкого различия между когницией и метакогницией. Для примера возьмем цитату Бека из его влиятельной работы: «Проинтервьюировав эту мать с депрессией, я нашел, что ее мышление контролировалось ошибочными идеями о себе и об окружении. Несмотря на противоречившие этому факты, она была убеждена, что была плохой матерью (Beck, 1976, с. 16).

Очевидно, что здесь депрессивное мышление объясняется наличием негативных убеждений о собственной несостоятельности. Бек полагает, что мышление пациентки контролировалось ее ошибочными идеями о своей несостоятельности. Однако, убежденность в своей несостоятельности необязательно контролирует мышление человека. Если взять всех людей, убежденных в этом, разве все они будут страдать от депрессии? Согласно когнитивной теории, должны, но маловероятно, что это правда. МКТ смотрит на эту

ситуацию по-другому. Она предполагает, что у большинства людей есть мысли или убеждения о собственной несостоятельности, но они реагируют на эти мысли по-разному, в зависимости от своих метакогниций. Поэтому именно метакогнитивные знания или убеждения контролируют последующее мышление, а не обыкновенные когниции.

Рассмотрим это более подробно. Большинство людей в какой-то момент жизни считают себя «неудачниками», но одни в результате удваивают свои усилия и пытаются добиться успеха, а другие застревают в негативных мыслях, постоянно размышляют о собственных неудачах и слабостях. Следовательно, есть некий механизм, отвечающий за существование этих различных когнитивных и эмоциональных паттернов реагирования. Я предположил, что таким механизмом является метакогниция, тот аспект когниции, который контролирует способ мышления и поведения индивида как реакцию на мысль, убеждение или эмоцию.

В том случае с депрессивной матерью, который описывает Бек, мы можем предположить, что ее мышление контролировалось метакогнитивными убеждениями, возможно, чем-то похожим на «Если я думаю о своих неудачах и анализирую, почему они произошли, я становлюсь более хорошей матерью». К сожалению, мыслительный процесс руминации, вытекающий из этого метакогнитивного убеждения, не приводит к удовлетворительным ответам, и пациентка будет настойчиво продолжать думать о том, что неудачница.

В остальной части главы я более глубоко опишу основные принципы теории и лечения МКТ. Главное следствие того, что мы принимаем метакогницию за центральную движущую силу психического расстройства, состоит в том, что лечение не должно тратить усилия на исследование и тестирование реальности индивидуальных мыслей и убеждений пациента, а должно сфокусироваться на изменении того, *как* индивид реагирует на эти идеи. Фокус вмешательства смещается с оценки свидетельств за и против когнитивных продуктов (например, «Я — неудачник») на когнитивные процессы и метакогниции, их

вызывающие. Единственное исключение делается для случая, когда продукты сами являются метакогнициями, например в форме беспокойства о беспокойстве (например, «Беспокоиться вредно для меня»).

Итак, в этой главе я выдвинул доводы в пользу метакогниции, а теперь я исследую этот конструкт более подробно, прежде чем представить полную метакогнитивную модель расстройства.

Природа метакогниции

Исследование метакогниции родилось в области психологии развития и впоследствии в психологии памяти, старения и нейропсихологии (Brown, 1978; Flavell, 1979; Metcalfe & Shimamura, 1994). Только недавно метакогниция стала изучаться как фундаментальный базис для большинства или для всех психических нарушений (Wells & Matthews, 1994; Wells, 1995, 2000).

Метакогниция описывает ряд взаимосвязанных факторов, который составляют любые знания и когнитивные процессы, вовлеченные в интерпретацию, мониторинг и контроль когниции. Ее можно эффективно разделить на знание, переживания и стратегии (напр., Flavell, 1979; Nelson, Stuart, Howard, & Crawley, 1999; Wells, 1995).

Знание и убеждения

«Метакогнитивное знание» включает убеждения и теории, которые имеют люди по поводу своего мышления. Например, такое знание состоит из убеждений касательно конкретных типов мыслей и из убеждений касательно эффективности памяти или силы концентрации. Человек может быть убежден во вредности некоторых мыслей. Религиозный человек может верить, что некоторые его мысли являются греховными и он будет за них наказан. Это примеры метакогнитивных убеждений о важности мыслей. Подобные убеждения влияют на то, как человек реагирует на свои мысли, как он организует свое мышление.

Согласно метакогнитивной теории психического расстройства есть два типа метакогнитивного знания (Wells & Matthews, 1994; Wells, 2000): 1) эксплицитные (декларативные) убеждения и 2)

имплицитные (процедурные) убеждения.

Эксплицитное знание — это такое знание, которое может быть выражено вербально. Например: «Беспокойство может вызвать сердечный приступ»; «Раз у меня есть плохие мысли, значит, я умственно неполноценен»; «Если я сфокусируюсь на опасности, то смогу избежать вреда».

Имплицитное знание не поддается прямому высказыванию. Его можно рассматривать, как правила или программы, которые управляют мышлением, такие как факторы, контролирующие распределение внимания, поиск в памяти и использование эвристики в формировании суждений. План, или программа, переработки могут быть косвенно выведены из оценочных стратегий, таких как метакогнитивное профилирование (Wells & Matthews, 1994). Имплицитное, или процедурное, знание представляет «мыслительные умения», которыми обладает индивид.

В дополнение к этим двум типам метакогнитивного знания в МКТ есть две широкие тематические области. Индивидуальные расстройства демонстрируют некоторую содержательную специфику в этих сферах. Эти широкие области — позитивные и негативные метакогнитивные убеждения. *Позитивные метакогнитивные убеждения* имеют отношение к выгоде, или преимуществу, получаемому в результате выполнения когнитивных активностей, составляющих CAS. Примеры позитивных метакогнитивных убеждений: «Полезно концентрировать внимание на угрозе», «Беспокоясь о будущем, я могу избежать опасности».

Негативные метакогнитивные убеждения — это убеждения, имеющие отношение к неконтролируемости, значению, важности и опасности мыслей и когнитивных переживаний. Примеры таких убеждений: «Я не контролирую свои мысли», «Когда я беспокоюсь, то могу нанести вред своей психике», «Если у меня есть мысли о насилии, я могу действовать в соответствии с ними против своей воли», «Неспособность запомнить имена — симптом опухоли головного мозга».

В МКТ метакогнитивные убеждения оказывают решающее

влияние на способ реагирования индивидов на негативные мысли, убеждения, симптомы и эмоции. Они являются движущей силой, стоящей за токсичным стилем мышления, который ведет к длительному эмоциональному страданию.

Переживания

Метакогнитивные переживания — это ситуационные оценки и чувства, которые есть у индивида относительно его ментального статуса. Например, негативные интерпретации, которые пациент с навязчивостью дает своим интрузивным мыслям, являются метакогнитивными переживаниями. Беспокойство о беспокойстве, характерное для генерализованной тревоги, является примером метакогнитивного переживания. Ошибочные интерпретации когнитивных событий, сделанные пациентами с паническим расстройством, когда они убеждены, что близки к тому, чтобы потерять контроль над своим поведением или сойти с ума — еще один пример.

Переживания включают также субъективные чувства. Всем знакомое и нормальное метакогнитивное эмотивное состояние — это феномен «вертится на кончике языка», когда человек отчетливо ощущает, что нужная информация хранится в памяти, даже если прямо сейчас ее извлечь невозможно. Есть и другие аналогичные переживания, такие как «чувство знания» или суждения о научении, которые исследовались в экспериментах, посвященных метапамяти и суждениям (напр., Nelson, Gerler, & Narens, 1984; Nelson & Dunlosky, 1991). Эти субъективные переживания влияют на поведение, например на попытки извлечения информации и стратегии научения.

В МКТ негативные оценки эмоций и чувств способствуют усилению переживаемой угрозы и мотивируют на попытки контролировать мышление. Субъективные эмотивные состояния и оценки когниции могут использоваться в качестве информации для влияния на суждения по поводу угрозы и копинга. Часто эти переживания не пригодны для выполнения поставленной цели. Например, человек, страдавший от навязчивых мыслей о том, что мог совершить убийство, фокусировался на том, точно ли всё он помнит о конкретном периоде, чтобы решить, совершил он

убийство или нет. Любые пробелы в памяти интерпретировались как возможные периоды, в которые он мог совершить это преступление. В этом примере его стратегии и оценки статуса памяти (метапереживания) оказались бесполезны и поддерживали его тревогу.

Стратегии

Метакогнитивные стратегии — это реакции, призванные контролировать и изменять поведение и состоящие на службе у эмоциональной и когнитивной саморегуляции. Избранные стратегии могут усиливать, подавлять или изменять природу когнитивных активностей. Некоторые из них нацелены на уменьшение мыслей или негативных эмоций путем изменения аспектов когниции. Например, индивид может направлять свое внимание на угрозу в попытке подготовиться к ней, или он может пытаться подавить тяжелые, тревожные мысли, использовать позитивное мышление или отвлечься от эмоций.

При психических расстройствах субъективное переживание индивида — это *отсутствие контроля*. Стратегии часто представляют собой попытки контролировать характер мышления. Эти попытки, как правило, являются контрпродуктивными в долговременной перспективе. Они включают в себя попытки подавить определенные мысли, анализировать переживания в поисках ответов или предсказать, что может случиться в будущем, чтобы избежать проблем. При тревожных расстройствах индивиды часто негативно интерпретируют возникающие мысли, и их стратегии часто включают попытки подавить их. При таких расстройствах, как ипохондрия и генерализованная тревога, стратегия состоит в фокусировании на конкретных негативных стимулах и беспокойстве о них. Например, пациент с ипохондрией объяснял, как он анализировал возможные *опасные причины* своей мышечной слабости, чтобы быть уверенным, что он не пропустил что-нибудь важное. Проблема этой стратегии, как и других стратегий наших пациентов, в том, что она поддерживает чувство угрозы.

В другом случае, женщина с депрессией, проходившая МКТ,

пыталась справиться с чувством грусти тем, что подробно разбирала свои признаки неадекватности и ошибки (руминация). Ее целью было заставить почувствовать себя хуже, чтобы она была «вынуждена освободиться от этого».

Разумеется, стратегии зависят от метакогнитивного знания и внутренних моделей, которые есть у индивидов по поводу того, как работают их когниции и эмоции. Метакогнитивное знание (убеждения), переживания и стратегии взаимозависимы и функционируют совместно при психическом расстройстве.

Согласно метакогнитивной теории психических расстройств дезадаптации в знаниях, переживаниях и стратегиях комбинируются и вызывают непродуктивный паттерн мышления, который ведет к психическому нарушению. Однако, прежде чем перейти к подробному описанию этого паттерна, я хочу уделить внимание одному аспекту метакогнитивных переживаний, который играет важную роль в МКТ. Тот факт, что люди не просто умеют мыслить, а способны думать о мыслях, означает, что существуют два способа переживания мыслей. Ранее я назвал эти способы «режимами» (modes) (Wells, 2000).

Два способа переживания: режимы

Для человека нетипично относиться к мыслям или убеждениям как событиям, происходящим в мозге. Как правило, они переживаются непосредственно, как ощущения, так же, как человек слышит звук тикающих часов или видит падающий на крыши домов снег. Однако, когниции могут переживаться различными способами, такими как мысль или эмоция, а не как сам реальный мир.

Обычно мы не воспринимаем свои мысли или убеждения как внутренние события: для нас они сливаются с реальностью. Как будто мы смотрим через них на внешний мир и на нас самих, и все же они действуют как фильтр, окрашивающий нашу модель всего. Мы не можем воспринять свои мысли, как внутренние репрезентации или конструкции, независимые от реального Я или от мира. Обычно наше сознание недифференцировано, то есть мы не делаем различий между внутренними и внешними событиями, и мыслями и восприятиями.

Объектный режим можно противопоставить *метакогнитивному режиму* переживания, в котором мысли могут сознательно наблюдаться как отдельные от человека и от мира события. Эти события представляют собой просто форму репрезентации с различной степенью точности. В этом режиме человек как бы отступает на шаг от своих мыслей и наблюдает их, как часть общего разнопланового ландшафта сознательного переживания.

Метакогнитивный режим — это не то же самое, что идентификация и оспаривание негативных мыслей в КПТ. В КПТ терапевт подвергает сомнению убеждение пациента по поводу степени верности мысли, но это оспаривание необязательно меняет способ, которым мысль переживается. Для переживания метакогнитивного режима нужна практика в переключении на него и нахождения в нем. Это навык отношения ко внутренним переживаниям альтернативным способом, безотносительно верности мысли. Этот навык нарабатывается практикой. При приближении к метакогнитивному режиму и его переживании необходимые метакогнитивные механизмы и процессы, поддерживающие этот тип обработки, укрепляются и развиваются. Другими словами, благодаря переживанию метакогнитивного режима, индивид начинает формировать и укреплять метакогнитивную программу, которая обеспечивает возможность этой активности (напр., процедурное знание).

В рамках метакогнитивного режима становится возможным и желательным еще один тип переживания. Я говорю о таком переживании в МКТ, как *отстраненная осознанность* (detached mindfulness, DM; Wells & Matthews, 1994). В этом контексте «осознанность» означает объективное осознание мысли или убеждения, а «отстраненная» отсылает к двум факторам: 1) невовлеченности в любую концептуальную или основанную на копинге активность в ответ на мысль; 2) отделение сознательного переживания Я от мысли. Последний фактор заключается в том, что индивид осознает себя как воспринимающего мысль и отделяет себя от мысли. Таким образом, негативное убеждение или мысль могут быть выведены за границы Я, отделены от модели Я, в результате чего она становится нерелевантной для саморегуляции. Человек больше не принимает ее в расчет при

определении себя, интерпретации своего мира.

Метакогнитивная модель психического расстройства

Теперь, когда я представил некоторые важные понятия метакогнитивной модели психического расстройства, можно перейти к более детальному рассмотрению модели.

Базисная модель называется моделью саморегуляции исполнительских функций (self-regulatory executive function model, S-REF; Wells & Matthews, 1994, 1996; Wells, 2000), поскольку она предлагает учитывать когнитивные и метакогнитивные факторы, участвующие в контроле «сверху-вниз» или поддержании эмоционального расстройства. Схематичное представление модели с метауровневыми компонентами дано на рис. 1.1.

В модели когнитивные процессы распределены по трем взаимодействующим уровням: 1) автоматическая и рефлексивная переработка (низший уровень переработки); 2) непосредственная сознательная переработка мыслей и поведений (устоявшийся когнитивный стиль) и 3) библиотека знаний и убеждений, метакогнитивных по своей природе и хранящихся в долговременной памяти.

На рис. 1.1. метасистема отделена от остальной части обычной когнитивной системы, но, как другие системы, распределена по различным уровням переработки.

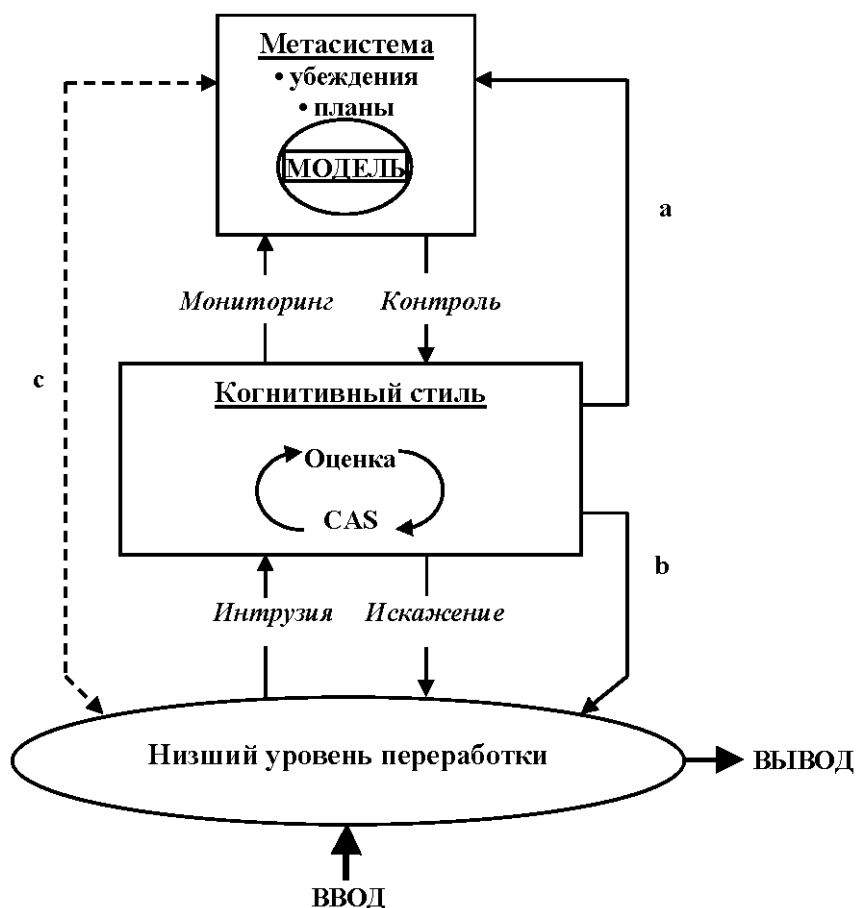


Рис. 1.1. S-REF-модель психического расстройства с метакогнициями. По Wells and Matthews, 1994.

Метасистема хранит модель или репрезентацию актуальной обычной когнитивной переработки и направляет ее к цели активированного плана.

Ключевой принцип МКТ состоит в том, что психическое расстройство связано с активизацией конкретного токсичного стиля мышления, называемого CAS. Для большинства людей периоды эмоций и негативных оценок (напр., грусть, тревога, гнев, чувство никчемности) являются изолированными и временными. Однако, CAS приводит к тому, что люди замыкаются на длительных или повторяющихся нарушениях подобного рода.

CAS состоит из персеверативного стиля мышления, принимающего форму беспокойства или руминации, фокуса внимания на угрозе и непродуктивных поведенческих копинг-стратегий, которые приводят к негативным эффектам (напр., подавлению мыслей, избеганию, злоупотреблению

психоактивными веществами). У этого стиля несколько последствий, которые ведут к поддержанию эмоций и усилению негативных идей. В целом, CAS поддерживает у индивида чувство угрозы.

То, как действует CAS, можно увидеть на примере возникновения панического расстройства. Спонтанные панические атаки достаточно распространены и случаются со многими людьми в разные моменты жизни. Однако, беспокойство о повторении атак (часть CAS) продлевает тревогу, а мониторинг телесных ощущений (часть CAS) улучшает триггерные условия (интрузию телесных ощущений) для возникновения последующих атак. Таким образом, индивиды, склонные к активизации этого когнитивно-аттентивного паттерна реагирования, с большей вероятностью демонстрируют устойчивое тревожное возбуждение и у них с большей вероятностью развиваются повторяющиеся панические атаки.

CAS возникает из знаний и убеждений, которые являются метакогнитивными по природе и не входят в обычную когнитивную сферу убеждений о себе и о мире. Важны два типа убеждений: 1) позитивные убеждения о необходимости прибегнуть к аспектам CAS (напр., «Если я буду беспокоиться о своих симптомах, то не пропущу ничего серьезного») и 2) негативные убеждения о неконтролируемости, опасности или важности мыслей и чувств (напр., «Я не контролирую свои мысли; моя тревога может свести меня с ума»).

На этом месте, прежде чем углубиться в дальнейшие детали, я считаю полезным обобщить базовые принципы метакогнитивного подхода:

1. Постулируется, что эмоции тревоги и грусти являются базовыми внутренними сигналами о расхождениях в саморегуляции и о угрозах самочувствию.
2. Такие эмоции обычно имеют ограниченную продолжительность, поскольку индивид использует копинг-стратегии для уменьшения угрозы и контроля когниции.
3. Психическое расстройство возникает вследствие поддержания эмоциональных реакций.
4. Они поддерживаются из-за стилей мышления и стратегий индивида.
5. Не приводящий к успеху стиль, имеющий место при всех расстройствах, называется CAS, состоящий из беспокойства/руминации, мониторинга угроз, непродуктивных стратегий контроля мышления и других форм поведения (напр., избегания), препятствующих адаптивному научению.
6. CAS является результатом ошибочных метакогнитивных убеждений (знания), контролирующих и интерпретирующих мышление и эмотивные состояния.

7. CAS продлевает и интенсифицирует негативное эмоциональное переживание посредством некоторых четко определенных механизмов/путей.

CAS

Паттерны мышления у индивидов с психическими расстройствами носят повторяющийся и зацикленный характер; они фокусируются на связанных со своей персоной темах, которые тяжело поддаются контролю. В дополнение к этому CAS характеризуется повышенным самосфокусированным вниманием.

CAS состоит из избыточной концептуальной переработки в форме беспокойства и руминации. Это длинные цепочки преимущественно вербальной мысли, в которой индивид пытается ответить на вопрос «Что если...?» (беспокойство) или пытается ответить на вопросы о значении событий (напр., «Почему я чувствую себя именно так?»).

В дополнение к этому концептуальному компоненту CAS включает ошибки внимания в форме фиксации внимания на связанных с угрозой стимулах. Это называется «мониторингом угроз» (Wells & Matthews, 1994). Например, индивид, раненный во время ограбления, описывал, как он последовательно сканировал окружение на предмет наличия потенциальной опасности. Пациентка с низкой самооценкой сообщила, что чувствительна к игнорированию другими людьми; было обнаружено, что ее чувствительность была связана с мониторингом признаков того, что она может не нравиться людям.

Эти концептуальные и аттентивные процессы являются частью индивидуальной стратегии обращения с угрозой, рассогласованиями в образе Я и порожденными ими эмоциями. Есть дополнительные стратегии, составляющие CAS, например стратегии контроля мыслей, такие как подавление мыслей, и стратегии поведения, такие как поведенческое, когнитивное и эмоциональное избегание. Некоторые примеры CAS очевидны в следующих случаях:

Женщина 43-х лет переживала повторяющиеся эпизоды депрессии с подросткового возраста. Нынешняя депрессия началась после

рождения второй дочери примерно 14 месяцев назад. На вопрос, сколько времени она потратила на мысли о своих чувствах и депрессии в течение последней недели, она объяснила, что провела за этим занятием много часов. Ее попросили привести пример таких мыслей, и она описала как сидела, уставившись на экран телевизора, и думала, что это ненормально — чувствовать то, что чувствует она, и почему ей так грустно, и что у нее неправильные чувства к дочери, и почему это случилось с ней и что это значит для ее состоятельности как матери. Было обнаружено, что она тратила много времени на руминации подобного рода, которые были реакцией на негативные мысли о дочери. На вопрос, какую цель могло преследовать подобное мышление, она объяснила, что пыталась ухудшить свое настроение, чтобы разозлиться и быть вынужденной «освободиться от депрессии».

Пациентка, описанная выше, реагировала на свое подавленное настроение руминацией и усиленной фокусировкой на своих чувствах, пытаясь таким образом разобраться со своей грустью. По сути, она пыталась «больше анализировать себя» путем руминации, поскольку придерживалась метакогнитивного убеждения, что злость поможет ей избежать грусти.

Один из наших пациентов страдал от отсроченного посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), развившегося после того, как рядом с ним взорвалась бомба. Он объяснил, что несколько лет после события хорошо справлялся, но недавно после прочтения о террористических атаках, у него начались ночные кошмары и развилась чрезмерно сильная тревога, связанная с использованием общественным транспортом и приездами в город. На вопрос, как он справляется с нежелательными мыслями и ночными кошмарами, он ответил, что пытался «преодолеть их». После аккуратных расспросов выяснилось, что он пытался принудить себя думать и испытывать эмоции в связи с той травмой, так как прочел где-то, что это ускорит выздоровление. Более того, он был убежден, что полезно беспокоиться о террористических событиях, могущих случиться, так как это «подготовит» его к возможной опасности.

В этом примере стиль мышления пациента, как реакция на интрузии, управлялся попыткой размышлять (руминации) и чувствовать эмоции для ускорения выздоровления. Кроме того, беспокойство о будущих угрозах было для него средством подготовиться к ним. Эти проявления CAS давали

отрицательный эффект и усиливали его тревогу и чувство угрозы.

Тридцатидевятилетняя пациентка описывала себя как человека с хроническим беспокойством. Исследование недавнего эпизода мучительного беспокойства показало, что она среагировала на негативную мысль: «Что, если мой ребенок пострадал?» продолжительным беспокойством и генерированием ряда мыслей о потенциальных способах того, как она могла бы с этим справиться. В результате у нее случилась паническая атака во время беспокойства, поскольку она думала, что теряет рассудок. С тех пор она пыталась подавить мысли о том, что с ее детьми может приключиться несчастье, избегала читать местные газеты, так как они могли предоставить ей новые причины для беспокойства.

В этом случае длительное беспокойство, как реакция на негативные мысли, подавление мыслей и избегание являются легко наблюдаемыми компонентами CAS. При дальнейших расспросах пациентка рассказала, что была убеждена, что беспокойство — эффективный способ избежать проблем в будущем; это ясно указывает на участие позитивных метакогнитивных убеждений в проблеме, равно как и негативных метакогнитивных убеждений о утрате контроля.

Мужчина, 23 года, испытывал тревогу в социальных ситуациях: он боялся, что будет выглядеть напуганным и «чужаковатым». Его попросили рассказать о последнем эпизоде социальной тревоги. Он сказал, что чувствовал тревогу перед терапевтической сессией. Его спросили, о чем он думал до того и как долго. Пациент описал, что пытался предугадать, как все пройдет и репетировал ответы на любые сложные ответы. Его спросили, фокусировал ли он внимание на себе или на внешнем окружении во время сессии. Пациент ответил, что в начале сессии больше внимания фокусировал на себе, в особенности на том, какое впечатление производит на терапевта. Он пытался производить впечатление нормального, контролируя свое поведение.

Самая выраженная черта CAS здесь — персеверация в форме антиципирующего беспокойства. Она также включает мониторинг угрозы в форме фокусировки на производимом им впечатлении и поведенческие копинг-стратегии в форме попытки выглядеть и говорить, как «нормальный».

Во всех описанных случаях возможно идентифицировать и

выделить CAS. Проблема в том, что компоненты CAS замыкают индивида в длительном эмоциональном переживании и порождают конфликты в саморегуляции, которые ведут к чувству беспомощности и утрате адаптивного контроля над когницией и эмоциями.

Последствия CAS

Что же такого особенно плохого в CAS? Есть несколько последствий, которые ведут к психическим нарушениям. Негативные последствия для саморегуляции показаны стрелками А и В на рис. 1.1. Стрелка А отображает эффект, который оценки и поведенческие копинг-стратегии оказывают на убеждения. Например, фокусировка внимания на угрозе поддерживает убеждения о наличии опасности, а переживания избегания, такие как тревога, не позволяют индивиду узнать правду о безобидной природе эмоции. Стрелка В на рис. 1.1. указывает на воздействие стиля мышления и копинга на низший автоматический и эмоциональный уровни переработки. Например, беспокойство может поддерживать активированной тревожную сеть и отвлекать внимание от переработки интрузивных образов, блокируя эмоциональную переработку. Также могут возникнуть прямые связи между знанием метасистемы и низшим уровнем, в которых определенные типы автоматической переработки могут запускать воспроизведение знаний или планов для управления последующей переработкой, как показывает стрелка С.

Теперь обсудим подробнее губительные эффекты CAS согласно данной модели. Беспокойство и руминация неизменно являются искажениями и направляют внимание индивида на негативную информацию. Это ведет к искаженному впечатлению о себе и о мире. Например, беспокойство фокусируется на потенциальной опасности в будущем, но мало связано с истинной вероятностью наступления опасного события.

Руминация ищет ответы на вопросы, на которые зачастую нет одного или определенного ответа, например на вопрос «Почему я?». Следовательно, она поддерживает неопределенность и самонесоответствия между тем, что индивид знает и тем, что он хочет знать. Более того, беспокойство и руминация

активизируют и поддерживают чувство угрозы таким образом, что тревога и депрессия не проходят и становятся постоянными состояниями. Эти процессы истощают ценные ресурсы внимания и могут нарушать способность контролируемо принимать четкие решения и мыслить под давлением. Повторяющиеся беспокойство и руминация укрепляют силу привычки этих реакций, так что индивид мало осознает эти активности и позволяет им происходить без проверки. Сила привычки и отсутствие осознания способствуют чувству утраты контроля над этими ментальными процессами. Беспокойство и руминация могут затрагивать другие саморегуляторные когнитивные процессы. Например, беспокойство преимущественно вербально и может создавать препятствия для переработки образов, необходимой для эмоциональной переработки травмы. Аналогичным образом, постоянная руминация о прошлом, например мысли о неудачах и об ошибках, повышает доступность этого материала при вынесении суждений в будущем.

Такой компонент CAS, как «мониторинг угроз», фиксирует внимание на источниках потенциальной угрозы. Он представляет собой проблему, так как 1) усиливает чувство субъективной опасности, тем самым повышая либо поддерживая эмоциональную активизацию; 2) укрепляет план, или программу, управления когницией таким образом, что человек становится опытным и более чувствительным детектором угроз; 3) в случае ПТСР или травм, при которых когницию следует заново настроить на нормальное, свободное от угроз окружение, стратегия препятствует этому процессу; 4) мониторинг угроз может вносить ошибки в сети, занимающиеся переработкой страха и ответственные за генерацию интрузии стимулов в сознании. Таким образом, мониторинг угроз может усиливать интрузивные ментальные переживания.

Стратегии контроля мыслей, такие как подавление, или особые способы мышления представляют собой проблему, потому что мешают нормальной эмоциональной переработке, такой как эмоциональная габитуация за счет повторяющегося столкновения с мыслями. Подавление представляет собой

проблему, потому что оно далеко не всегда эффективно останавливает нежелательные мысли, и неудачное подавление может интерпретироваться как потеря контроля. В любом случае возникает устойчивая переработка угроз. По иронии, некоторые стратегии регуляции приводят к обратным эффектам, так как основаны на несовместимых процессах. Например, пациент может пытаться вытащить себя из депрессии при помощи мыслей о том, как плохо он себя чувствует и почему он так себя чувствует. Подобные постоянные размышления углубляют и продлевают депрессию, поскольку замыкают пациента на негативной релевантной для него информации. Аналогичным образом, человек с хроническим беспокойством эффективно пытается «добеспокоиться» до такого эмоционального состояния, с которым сможет справиться в будущем.

Другие поведенческие копинг-стратегии, такие как избегание и злоупотребление ПАВ в целях регуляции эмоции и когниции, являются проблемными, поскольку лишают человека возможности осознать, что он может совладать с ситуациями и что эмоции не опасны. Ощущение потенциальной опасности поддерживается, так как некоторые поведенческие копинг-стратегии препятствуют проверке негативных мыслей и убеждений на реальность. Например, неслучившаяся катастрофа, например «потеря рассудка» объясняется избеганием стресса, а не тем фактом, что убеждение о том, что стресс приводит к потере рассудка, является ошибочным.

Позитивные и негативные метакогнитивные убеждения

CAS контролируется ошибочными убеждениями о мышлении. Две различных содержательных области участвуют в этом стиле: 1) позитивные метакогнитивные убеждения и 2) негативные метакогнитивные убеждения.

Позитивные метакогнитивные убеждения — это убеждения о пользе беспокойства, руминации, мониторинга угроз и других аналогичных стратегий. Вот некоторые примеры:

«Если я буду беспокоиться, то подготовлюсь к тому, что

случится».

«Сосредоточившись на опасности, я уберегу себя от нее».

«Я должен помнить всё, тогда я буду знать, сам ли виноват в случившемся».

«Если я проанализирую, почему так себя чувствую, то найду ответы».

«Я должен контролировать свои мысли, иначе я совершу что-нибудь плохое».

На первый взгляд подобные убеждения могут показаться разумными. Чтобы показать их ошибочную и искаженную природу, я повторил их ниже с полезными вопросами (даны курсивом), которые использует метакогнитивный терапевт для их рефрейминга:

«Если я буду беспокоиться, то подготавлиюсь к тому, что случится».

Возможно ли подготовиться без беспокойства?

Возможно ли беспокоиться обо всем, что может случиться?

Дает ли беспокойство взвешенный взгляд на будущее или искаженный?

«Сосредоточившись на опасности, я уберегу себя от нее».

Откуда вы знаете, на какой опасности сосредоточиваться?

Это опасность, которую вы видите, или опасность, которую вы не видите, которая застигнет вас врасплох?

Может ли быть так, что, сосредоточившись на опасности, вы будете меньше защищены, так как забудете об обычных вещах?

«Я должен помнить всё, тогда я буду знать, сам ли виноват в случившемся».

Возможно ли помнить всё?

Как знание того, что вы виноваты, поможет вам почувствовать себя лучше и отпустить ситуацию?

Можете ли вы оставить прошлое позади, не обвиняя себя?

«Если я проанализирую, почему так себя чувствую, то найду ответы».

Как давно вы анализируете? Сколько еще времени это займет?

Что, если ответом будет — закончить анализ?

Что если нет другого ответа, кроме как изменить образ мышления?

«Я должен контролировать свои мысли, иначе я совершу что-нибудь плохое».

Откуда вы знаете, какие именно мысли следует контролировать?

Можете ли вы контролировать все свои мысли?

Может ли контролирование мыслей препятствовать выяснению правды о них?

Вторая область метакогнитивных убеждений касается негативной значимости и важности внутренних когнитивных событий, таких как мысли и обыкновенные убеждения. Есть два крупных подкласса негативных метаубеждений: первый касается неконтролируемости мыслей, а второй — их опасности, важности и значимости. Эти метаубеждения ведут к устойчивости CAS вследствие отказов от попыток контроля и того, что они ведут к негативным и угрожающим интерпретациям ментальных событий. Эти убеждения могут распространяться на эмоциональные переживания или состояния.

Вот несколько примеров:

«Я не контролирую свое беспокойство/руминацию».

«Беспокойство может принести вред здоровью».

«Я могу сойти с ума из-за психологического стресса».

«Дурные мысли обладают силой — они могут заставить делать меня дурные вещи».

«Иногда мысли могут приводить к тому, что плохое случается».

«Мои мысли могут превратить меня в кого-то, кем я не хочу быть».

«Неконтролируемые мысли — симптом сумасшествия».

«Если я убежден, что плохой, то должен быть плохим».

«Чувство тревоги означает, что я в опасности».

«Мысль о чем-то может привести к тому, что подуманное сбудется».

Краткий обзор метакогнитивной модели

В целом, МТМ базируется на том принципе, что психическое расстройство сохраняется, поскольку такое состояние мышления, как CAS, оказывает влияние на эмоциональные переживания и знания. CAS поддерживает негативное чувство Я у индивида и восприятие угроз различными особыми способами.

CAS связан с активизацией негативных и позитивных метакогнитивных убеждений. Отделение метакогнитивного уровня от обычного когнитивного уровня означает, что возможно переживать внутренние события, такие как мысли, убеждения и эмоции, в когнитивном или метакогнитивном режиме. Это открывает ряд возможностей для лечения, сфокусированного на устранении CAS, изменении метакогнитивных убеждений и разработке альтернативных способов переживания внутренних событий и отношения к ним.

Переформулированная модель ABC

Разобраться в том, что представляет собой метакогнитивная модель и как она соотносится с ранними когнитивно-

поведенческими теориями, можно, изучив, как в ней изменилась стандартная модель ABC, образующая основу когнитивных терапий.

В стандартной модели, изображенной на рис. 1.2., активатор (activating event, A) приводит к активизации схемы или иррационального убеждения (belief, B), что, в свою очередь, приводит к эмоциональным и поведенческим последствиям (consequences, C).

Однако, как мы видели, основной нерешенный вопрос в когнитивных теориях психических расстройств это вопрос о том, что связывает обычные негативные оценки или убеждения с устойчивыми негативными мыслями и эмоциями. Другой нерешенный вопрос — какие причины приводят к возникновению трудноконтролируемых паттернов мышления, представляющих собой типичное психологическое страдание.

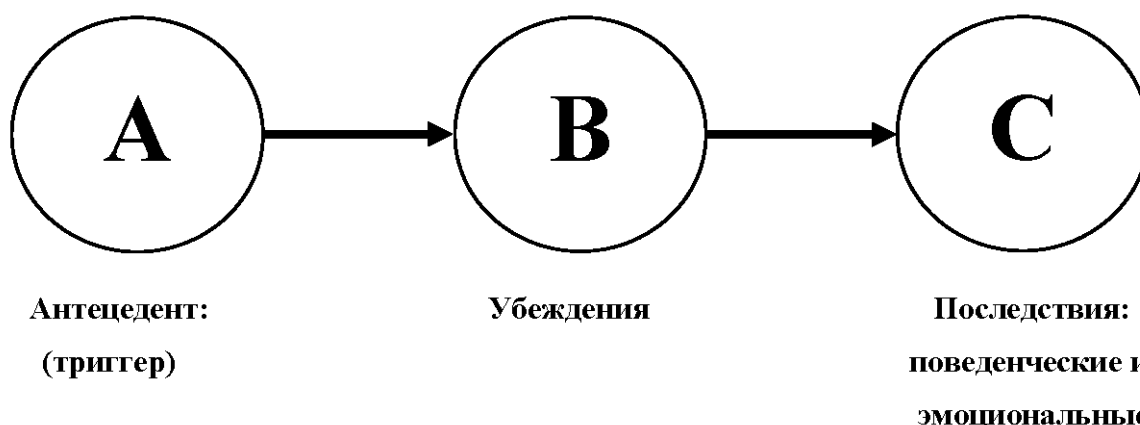


Рис. 1.2. Модель ABC

МКТ переформулирует стандартную модель ABC, помещая в центр метакогнитивные убеждения и делая акцент на том, что место внешнего активатора могут занимать внутреннее переживание негативной мысли или обыкновенного убеждения. Эта модель AMC изображена на рис. 1.3. Эта модель вначале следует стандартной модели ABC, так как антецедентом в переформулированной модели является, скорее, внутреннее когнитивное событие, а не ситуация. В новой модели компонент М обозначает метакогнитивные убеждения и CAS. Более общие негативные оценки или обычные убеждения (B) находятся под влиянием метакогнитивных процессов и используются ими.

Пример случая поможет увидеть разницу в подходах.

К моменту начала МКТ женщина 30-ти лет страдала от депрессии чуть более двух лет. По ее свидетельствам, она почти постоянно страдала от депрессии и суицидальных настроений в течение двух лет, с тех пор как уехала из родного города в поисках работы. В неделю, когда проводилась оценка, она описывала свое одиночество и постоянные мысли «ничего никогда не изменится», из-за которых она почти постоянно чувствовала грусть, беспомощность и отчаяние.

Формулировка ABC этой серии событий представлена на рис. 1.4. Как видно из рисунка, antecedent «всегда одна» приводил к убеждению «ничего никогда не изменится» и к чувствам грусти и безнадежности.

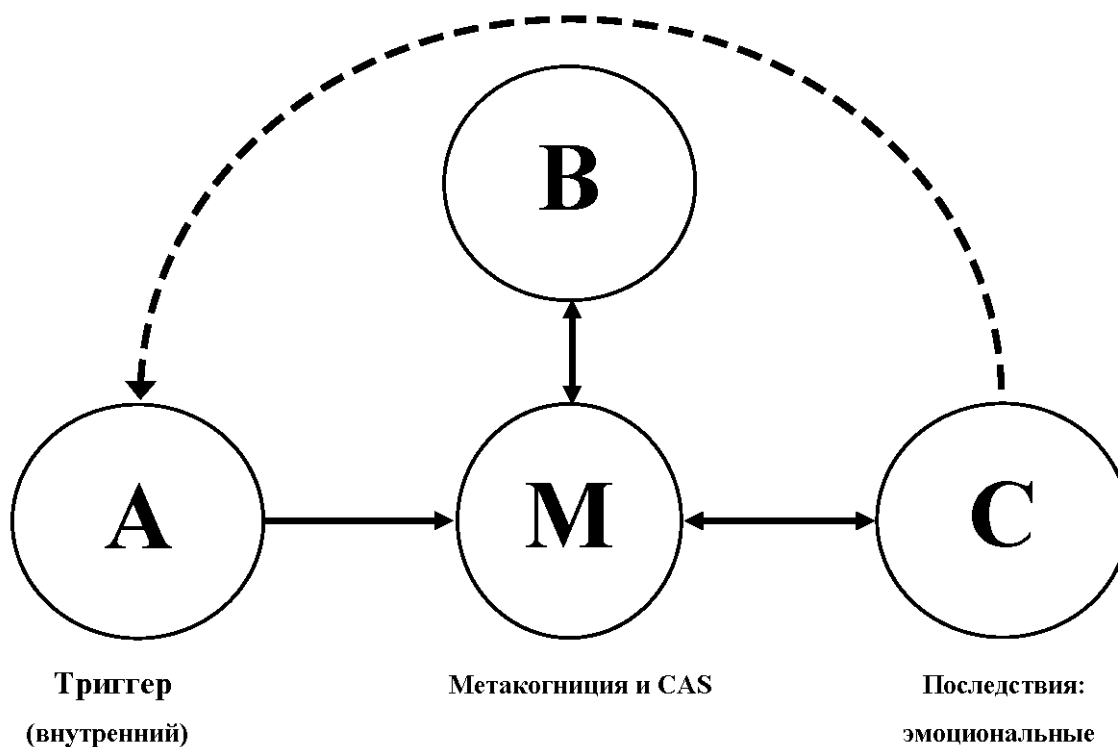


Рис. 1.3. Переформулированная модель ABC. Адаптировано из Wells, 2000. Copyright 2000 by John Wiley & Sons Limited. Адаптировано с разрешения.

МКТ проводит несколько иной анализ, изучая природу метакогниций и CAS. Терапевт спросил пациентку, сколько времени она проводит в мыслях о том, что она чувствует и почему испытывает эти чувства. Пациентка рассказала о долгих периодах времени, посвященных этому занятию. Ее мышление состояло из цепочек мыслей, в которых она спрашивала себя: «Почему я такая, изменится ли что-нибудь, что это означает, почему я не могу покончить с этим, почему другие люди счастливее меня и когда всё

это кончится?» Ее спросили, дает ли подобное мышление какие-нибудь преимущества, и она осознала, что ей нужно думать о том, насколько всё плохо (руминация), что добиться изменений и что, испытывая грусть, она могла бы мотивировать себя на изменения. Терапевт спросил ее, что она делала, что прийти в грустное настроение, и она ответила, что фокусировалась на своих мыслях, фокусировалась на своих эмоциях, слушала грустную музыку и больше времени посвящала не делам, а размышлениям. Эти метакогниции и CAS отображены на рис. 1.5. с помощью модели АМС.

При сравнении рис. 1.4. и 1.5. мы видим, что модели КПТ и МКТ имеют различную направленность. КПТ нацелена на оспаривание убеждения о безнадежности («ничего не поменяется»), в то время как в метакогнитивной формулировке двигателем постоянных и повторяющихся чувств печали и безнадежности являются метакогниции и CAS. Поэтому МКТ фокусируется на устранении CAS и оспаривании метакогнитивных убеждений, поддерживающих этот стиль реагирования. Обратите внимание, что в анализе АМС antecedent (А) идентифицируется именно как внутренний триггер, мысль, а не как ситуация.

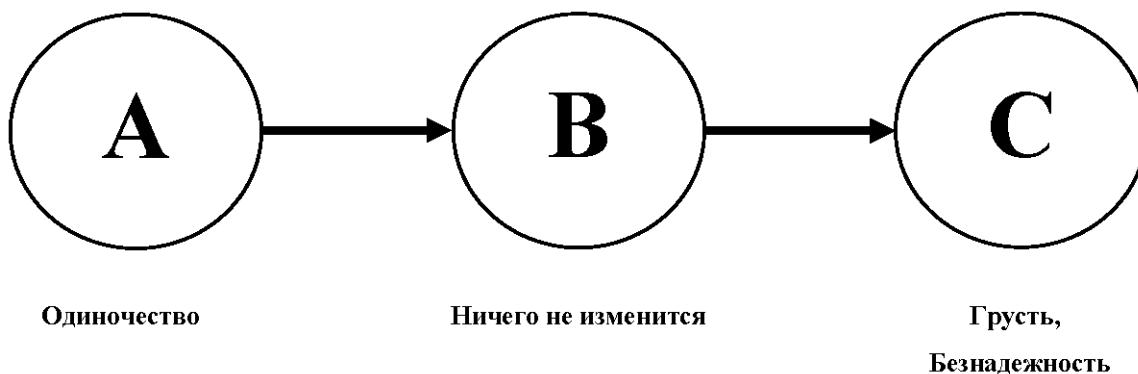


Рис. 1.4. Пример формулировки ABC для случая депрессии

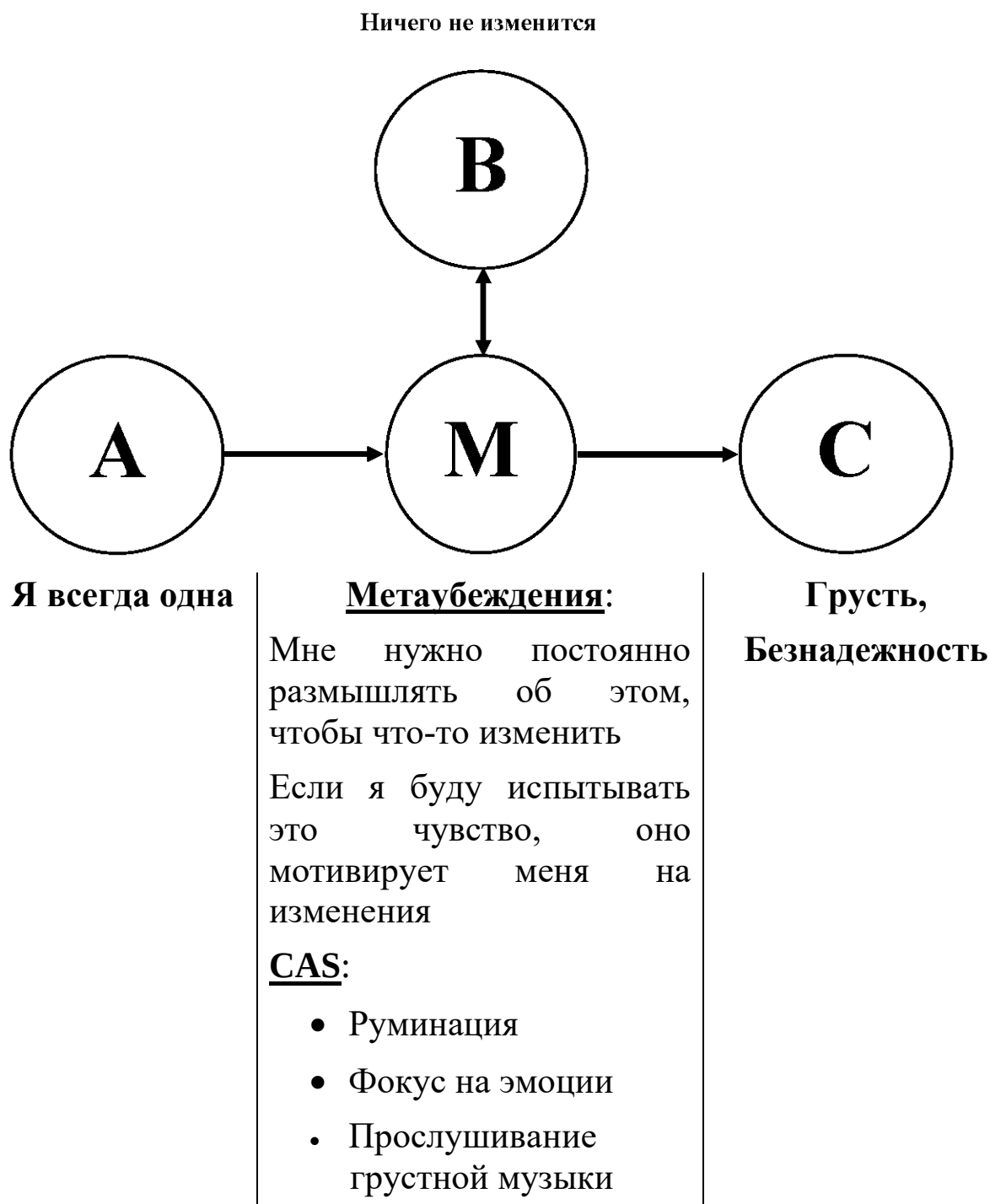


Рис. 1.5. Метакогнитивная (АМС) формулировка для того же случая депрессии

В этом примере природа МКТ очевидна. Это лечение направлено на то, чтобы пациенты осознали те свои паттерны мышления и копинга, которые замыкают их на состоянии длительного эмоционального дистресса, изменили эти паттерны и изменили свои метаубеждения о мыслях и эмоциях. Это не терапия, которая концентрируется преимущественно на оценке реальности обычных негативных убеждений о себе и о мире, как

в случае более традиционных форм КПТ. Как мы только что видели в описании случая депрессии, терапевт не тестировал убеждение пациентки («ничего не поменяется») на реальность, подвергая сомнению ее аргументы и выдвигая контраргументы. Вместо этого, терапия помогла ей развить альтернативные реакции на мысли об одиночестве посредством оспаривания ее метакогнитивных убеждений и устранения CAS. Мысль или убеждение о том, что ничего не изменится, рассматривается как устойчивое и заметное, потому что CAS делает его таким.

Замечание о различиях терапии, ориентированной на процесс и терапии, ориентированной на содержание

Современные формы КПТ чрезмерно ориентированы на содержание. Терапевты занимаются в основном содержанием мыслей и убеждений индивида и оспаривают его. МКТ главным образом ориентирована на процессы и ее фокус на содержании обычно лежит в метакогнитивной плоскости, а не в плоскости социума, физики или окружения, как в других терапиях.

Например, в традиционной КПТ депрессии терапевт фокусируется на оспаривании истинности негативных мыслей и убеждений о себе, о мире и о будущем. В качестве примера можно привести такие вопросы терапевта, как «Каково когнитивное искажение вашей мысли?» и «Какие у вас есть контраргументы?» В МКТ же терапевт стремится уменьшить руминацию, изменяет негативные убеждения о неконтролируемости этого процесса и оспаривает позитивные метакогнитивные убеждения о необходимости руминации в ответ на печаль. В качестве примера метакогнитивного уровня вмешательства можно привести такие вопросы, как «Вы можете отложить руминацию как реакцию на свою мысль?» и «Каковы отрицательные стороны застревания на этой мысли?»

Фокусируясь на «содержании когниции», мы имеем дело со знанием системы переработки информации, то есть с информацией, которая хранится в памяти или в данный момент находится в сознании. Убеждения можно рассматривать как часть этой библиотеки информации или знания.

Фокусируясь на «процессах», мы имеем дело с действиями,

связанными с использованием этого знания и приобретением нового знания. Если продолжить метафору с библиотекой, то эти процессы — как поиск книги, определение ее местонахождения, чтение информации и использование этой информации для изменения того, что мы делаем, думаем или знаем. Процессы связывают знание (убеждения) с эмоциональными и поведенческими последствиями, и процессы определяют эффект, который переживания оказывают на знание.

Мы не можем напрямую работать со знанием, например с убеждением «я — ничтожество». Мы можем работать только с процессами, которые определяют, где находится знание, и используют его. Чтобы продвинуться на шаг вперед, мы должны предположить (и для этого есть все разумные основания), что наши мысли и осознанные убеждения возникают из субъективного переживания процессов. То, что мы знаем, — это не содержание, а результат процессов, использующих содержание. Пациенты утверждают, что они «плохие», что у них «прямо сейчас сердечный приступ», что они «бесполезны», поскольку они постоянно осуществляют процессы, генерирующие или поддерживающие эту ошибочную информацию.

Центральная идея МКТ заключается в том, что необходимо изменять когнитивные процессы, а конкретнее стиль мышления, процесс направления внимания и конкретные стратегии использования внутренней информации для формирования суждений.

Заключение

Эту главу я посвятил теоретическим основам МКТ и основным особенностям модели саморегуляции исполнительских функций (модель S-REF), на которой базируется МКТ. Я опустил некоторые аспекты модели, нерелевантные для клинической практики. Читателей, заинтересованных в дальнейшем изучении когнитивной архитектуры и в том, как модель связана с экспериментальными данными о когнитивных искажениях, я отсылаю к другим источникам (напр., Wells & Matthews, 1994, 1996; Wells, 2000; Matthews & Wells, 1999).

Метакогнитивная модель идентифицирует паттерн мышления, называемый CAS. Этот паттерн вызывает психическое нарушение. Возникновение данного синдрома обусловлено тем контролем, которым метакогниции обладают над оценкой и копингом. Метакогниции представляют собой информацию о внутренних мыслях и эмоциях, а также стратегии, которые контролируют природу копинга и мышления. Метакогнитивная база знаний может быть рассмотрена как в высокой степени процедурализированная, представляющая планы, или программы, контролирующие когницию.

Практическое значение метакогнитивной модели в том, что терапия может фокусироваться на различных уровнях и аспектах системы. Это дает возможности для новых методов работы. Терапевт должен фокусироваться на устранении CAS. Были разработаны соответствующие техники. Это подразумевает, что лечение должно фокусироваться на модификации ошибочных метакогнитивных убеждений. Это также подразумевает, что в дополнение к модификации декларативного знания или убеждений важно скорректировать процедурное знание пациента (имплицитные метакогнитивные планы). То есть, с пациентами необходимо проводить тренинг, в результате которого они разовьют новые навыки реагировать на внутренние события гибко и децентрированно. Пациент практикуется в абстрагировании от мыслей и переживании их отстраненно, и за счет этого развивает метакогнитивные программы, необходимые для контроля над эффектами нежелательных переживаний сознания.

В заключение приведу три важных типа терапевтического изменения, вытекающих из этого анализа: 1) модификация стиля мышления или стратегии (CAS); 2) модификация декларативных метакогнитивных убеждений; и 3) приобретение нового процедурного знания или имплицитных планов для управления переработкой и субъективным переживанием. В этой книге я подробно опишу, как применять метакогнитивную терапию для достижения подобных результатов.

Глава 2. Оценка

В этой главе я опишу методы оценки, используемые в теории и практике МКТ. Я не поведу в ней речь об общих темах психологической оценки и постановки диагноза. Если читатель намеревается применять МКТ в своей практике, важно, чтобы он обладал базовой компетентностью в оценке и диагностике психического расстройства.

Хотя МКТ основана на общей теории и может быть адаптирована для применения в этой форме (см. главу 11), сейчас представляется очевидным, что для эффективного вмешательства лучше всего опираться на модели конкретных расстройств, поскольку они фиксируют уникальные процессы и специфичное метакогнитивное содержание в поддержании расстройств. Применение моделей конкретных расстройств облегчается точной диагностикой, как необходимой предпосылкой для формулировки случая.

Есть четыре принципиальные цели оценки: 1) поставить точный диагноз; 2) получить информацию о степени тяжести, анамнезе и развитии расстройства; 3) получить информацию, необходимую для формулировки случая; и 4) оценить прогресс лечения и общий результат применительно к целевым переменным. Процесс постановки диагноза здесь не рассматривается. Однако, диагностические критерии для каждого из расстройств, описанных в данной книге, обобщены в качестве справочной информации в главах, посвященных конкретным расстройствам. Метод получения информации для формулировки случая детально рассмотрен в главах, посвященных конкретным расстройствам, в форме схем интервью для концептуализации случая.

Эта глава содержит оценку метакогнитивных убеждений и CAS, обзор шкал измерений и опросников, используемых в лечении и исследовании. Психометрическим свойствам опросников уделяется меньше внимания, так как эта информация доступна повсеместно (напр., Wells, 2000 и другие источники из списка литературы).

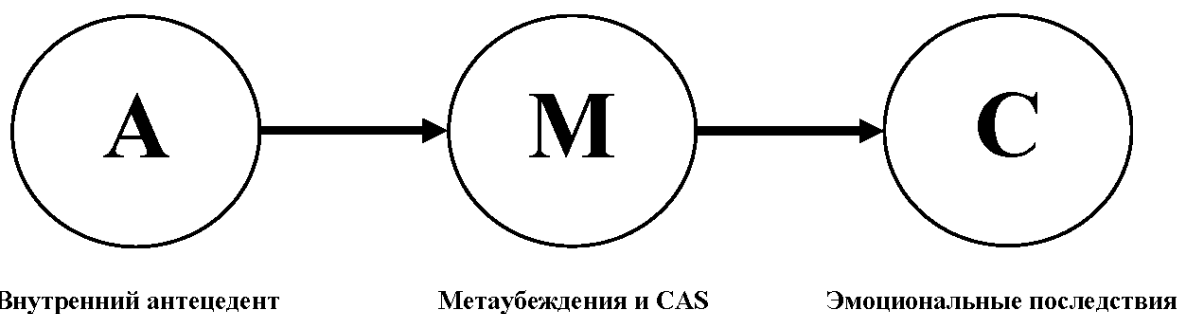


Рис. 2.1. Центральная ось модели АМС

Точкой отсчета для данного обзора оценки является центральная ось модели АМС, представленной в предыдущей главе и изображенной здесь на рис. 2.1.

Операционализация модели АМС

В ходе диагностического скрининга, на стадии оценки, терапевт получает общее впечатление о природе CAS, метакогнитивных убеждений и симптомов, используя модель АМС в качестве детальной концепции. Начинает терапевт обычно с изучения эмоций и связанных с ними симптомов (С) за актуальный и подходящий временной период, скажем, за последние две недели.

Вот некоторые полезные вопросы для изучения эмоций:

Эмоциональные последствия (С)

1. «Вспомните последние две недели, каким было ваше настроение/тревожились ли вы?»
2. «Какие физическим симптомы вы заметили?»
3. «Какие изменения в своем поведении вы заметили?»
4. «Приходили ли вам мысли причинить себе вред?» (Проведите оценку риска и сдерживающих факторов при необходимости.)

Когда характеристики эмоциональных и поведенческих реакций будут четко определены, необходимо оценить базовые показатели поведения и эмоциональных симптомов. В частности, терапевт расспрашивает о частоте и продолжительности этих факторов.

Далее в ходе опроса терапевт переходит к исследованию триггеров симптомов, которые квалифицируются как активирующие события (А). Главное внимание в метакогнитивном подходе уделяется *внутренним активирующим*

событиям.

Активирующее внутреннее событие (А)

5. «Есть ли ситуации, которые заставляют вас почувствовать себя хуже?»
6. «О чем вы прежде всего подумали или что прежде всего почувствовали в тот момент?»
7. «В последнее время, когда вы особенно тревожились или были подавлены, что вызывало это состояние? Вы можете выделить первоначальную мысль или эмоцию, которая у вас была?»
8. «Было ли время, когда вы были больше поглощены мыслями о своей проблеме? С какой мысли все началось в последний раз?»

Терапевт ищет *внутреннее событие*, которое, как правило, принимает форму негативной мысли, приходящей на ум неожиданно или при каких-то ситуациях, ощущениях, эмоциях. Особое значение имеет триггер, предшествующий состоянию продолжительных размышлений, совладания с угрозой или внимания к ней. Когда внутреннее событие (например, первая мысль в цепочке беспокойных мыслей) будет выявлено, терапевт может переходить к вопросам о природе CAS и метакогнициям, связанным с ним.

CAS и метакогниции (М)

9. «В той ситуации, что происходило с вашими мыслями?»
10. «Вы беспокоились о чем-то, заикливались на этом? Сколько это продолжалось?»
11. «Вы больше внимания уделяли тому, что вас беспокоило? Как это происходило?»
12. «Вы что-нибудь сделали для контроля того, что чувствовали? Что вы сделали?»
13. «Вы сделали что-нибудь, чтобы изменить свои мысли? Что вы сделали?»
14. «Пытались ли вы не делать что-нибудь конкретное или избежать чего-то?»
15. «Есть ли какие-нибудь преимущества у беспокойства и руминации? Какие именно?»
16. «Есть ли какие-нибудь преимущества у того, чтобы фокусироваться на своих мыслях/эмоциях? Какие именно?»
17. «Как вам помогает концентрация внимания на угрозе?»
18. «Что может произойти, если вы не будете контролировать свои мысли/эмоции?»
19. «Что самого худшего может случиться, если вы продолжите чувствовать [или думать] в том же духе?»
20. «Насколько вы контролируете свои беспокойные или депрессивные мысли?»

Как правило, этих вопросов достаточно, чтобы получить начальное представление о CAS и позитивных и негативных метакогнитивных убеждениях. Однако, в некоторых случаях необходимо понизить уровень аффекта у пациента, чтобы

открыть доступ к необходимой информации. Здесь могут быть полезны поведенческие оценочные тесты.

Поведенческие оценочные тесты при тревоге

Если вопросы, аналогичные приведенным выше, не выявили основных свойств CAS, то причиной тому может быть недостаточно интенсивная эмоция (например, тревога) в рассматриваемый период. Возможно, будет достаточно расширить временные рамки, но это отрицательно скажется на памяти пациента. В некоторых случаях пациент овладел искусством избегания ситуаций, провоцирующих тревогу. В любом случае, рекомендуется использование поведенческих оценочных тестов (ПОТ) (behavioral assessment tests; (BAT)) вместе с вопросами, перечисленными ранее.

BAT подразумевают конфронтацию пациента с пугающей ситуацией, напоминающей ту, которая обычно является для него проблемной. Например, пациента с социальной фобией могут попросить разыграть разговор с помощником или вступить в избегаемую ситуацию, например такую, как стояние в очереди в банке. Пациента, тревожащегося о своем здоровье, например, с онкофобией, могут попросить прочитать статью в журнале о том, как распознать рак. Человека с генерализованной тревогой могут попросить выявить ситуацию, в которой он обычно беспокоится, и затем найти ее. Пациента с обсессивно-компульсивным расстройством могут попросить вызывать из памяти навязчивую мысль или прикоснуться к грязному предмету. Во многих случаях простого предложения сделать это будет достаточно, чтобы вызывать антиципирующее беспокойство и непродуктивные поведенческие копинг-стратегии. Терапевт переходит к следующей серии измененных вопросов.

Эмоциональные последствия (C)

21. «В ситуации, с которой вы столкнулись, какие эмоции вы испытывали?»
22. «Вы заметили какие-нибудь физические симптомы [Какие именно?]?»
23. «Вы заметили какие-нибудь изменения в своем поведении?»
24. Вы заметили какие-нибудь изменения в своих мыслях?»

Активирующее внутреннее событие (А)

25. «С какой именно мысли началось ощущение тревоги?»
26. «Вы были целиком сосредоточены на мыслях о том, что может случиться? С какой мысли это началось?»

CAS и метакогниции (М)

27. «Когда вам на ум пришла та мысль, что произошло с вашим мышлением?»
28. «Вы беспокоились о чем-то и не могли перестать об этом думать?»
29. «Вы уделяли повышенное внимание угрозе? Как это происходило?»
30. «Вы сделали что-нибудь для контроля того, что чувствовали? Что вы сделали?»
31. «Вы сделали что-нибудь, чтобы изменить свои мысли? Что вы сделали?»
32. «Пытались ли вы не думать какую-то мысль или избежать чего-то?»
33. Есть ли какие-то преимущества у того, что вы беспокоитесь и думаете об одном и том же, не переставая?
34. Есть ли какие-то преимущества у того, что вы сосредотачиваетесь на мыслях/чувствах?»
35. «Как вам помогает концентрация внимания на угрозе?»
36. «Что может произойти, если вы не будете контролировать свои мысли/эмоции?»
37. «Что самого худшего может случиться, если вы продолжите чувствовать/думать в том же духе?»
38. Вы верите в то, что ваше беспокойство можно контролировать?

Опросники

Для всесторонней оценки параметров метакогниции в исследовательских и клинических целях было разработано несколько опросников. Все они были психометрически оценены. В данном разделе рассмотрены следующие измерения: Опросники метакогниций (Metacognitions Questionnaires), Опросник контроля мыслей (Thought Control Questionnaire), Опросник тревожных мыслей (Anxious Thoughts Inventory), Опросник метабеспокойства (Meta-Worry Questionnaire) и Тест слияния мыслей (Thought Fusion Instrument).

Опросники метакогниций (MCQ-65 и MCQ-30)

Этот опросник является личностным опросником нескольких метакогнитивных параметров; некоторые из них имеют центральное значение для метакогнитивной модели психического расстройства. Большой объем эмпирических данных, поддерживающих метакогнитивную теорию, получен из исследований, использовавших MCQ. Оригинальный опросник (MCQ-65; Cartwright-Hatton & Wells, 1997) состоял из 65

пунктов; сейчас доступна новая версия из 30 пунктов ((MCQ-30; см приложение 1) с аналогичными психометрическими свойствами (Wells & Cartwright-Hatton, 2004). Текст более длинной и полной версии из 65 пунктов можно найти в (Wells, 2000).

MCQ измеряет следующие области метакогниции по пяти отдельным субшкалам:

1. Позитивные убеждения о беспокойстве (напр., «Беспокойство помогает мне справляться»).
2. Негативные убеждения о беспокойстве, касающиеся неконтролируемости и опасности (напр., «Когда я начинаю беспокоиться, то не могу остановиться»).
3. Низкая когнитивная уверенность (напр., «У меня плохая память»).
4. Потребность в контроле мыслей (напр., «Неспособность контролировать мысли — признак слабости»).
5. Когнитивное самоосознание (напр., «Я обращаю пристальное внимание на то, как я мыслю»).

Психометрические свойства MCQ-65 следующие. Внутренняя согласованность (альфа Кронбаха) для субшкал составляет 0,72–0,89. Стабильность, оцененная как коэффициент тест-ретест корреляции в рамках пятинедельного временного интервала, варьирует для разных субшкал от 0,76 до 0,89. Субшкалы положительно коррелируют с личностной тревогой, патологическим беспокойством, депрессивными симптомами и обсессивно-компульсивными симптомами (Cartwright-Hatton & Wells, 1997; Wells & Papageorgiou, 1998b; Myers & Wells, 2005; Gwilliam, Wells, & Cartwright-Hatton, 2004). Во взаимозависимостях наблюдается специфика: так, субшкала неконтролируемости и опасности демонстрирует наиболее сильную связь с показателями беспокойства и личностной тревоги. Субшкала неконтролируемости и опасности отделила пациентов с генерализованным тревожным расстройством и обсессивно-компульсивным расстройством от пациентов с паническим расстройством и социальной фобией (Cartwright-Hatton & Wells, 1997). Потребность в субшкале контроля кажется значимо выше у пациентов с генерализованным тревожным расстройством, по сравнению с группами паники и социальной фобии (Wells & Carter, 2001).

В целом, MCQ-65 демонстрирует хорошую надежность, а также конвергентную, конструктивную и дискриминантную валидность.

Есть данные, что он восприимчив к метакогнитивному лечению (напр., Parageorgiou & Wells, 2000).

Недостатки MCQ-65 — его длина и время, которое требуется для его заполнения. В связи с этим была разработана укороченная и уточненная версия, MCQ-30 (Wells & Cartwright-Hatton, 2004).

MCQ-30 (см. приложение 1) сохраняет факторную структуру MCQ-65, что подтверждается конфирматорным факторным анализом. Значения альфы Кронбаха для отдельных субшкал варьируют от 0,72 до 0,93. Ретестовые корреляции за временной интервал 22–118 дней были следующими: общий показатель = 0,75, позитивные убеждения = 0,79, неконтролируемость/опасность = 0,59, уверенность = 0,69, потребность в контроле = 0,74 и когнитивная самоосознанность = 0,87 (Wells & Cartwright-Hatton, 2004). Если говорить о конструктивной валидности, позитивные корреляции между субшкалами и теоретически допустимыми измерениями были продемонстрированы, а факторная структура повторена (Spada, Mohiyeddini, & Wells, 2008). Взаимосвязи согласуются с найденными для MCQ-65. Субшкалы MCQ-30 восприимчивы к метакогнитивной терапии (напр., Wells et al., 2008).

Опросник контроля мыслей

Опросник контроля мыслей (Thought Control Questionnaire, TCQ; Wells & Davies, 1994) был разработан в целях оценки индивидуальных различий в использовании стратегий контролирования неприятных и интрузивных мыслей. Важно не рассматривать подавление мыслей как единый конструкт. Более того, подавление можно рассматривать как цель, которая может быть достигнута различными путями. Некоторые стратегии могут быть особенно контрпродуктивными, как предполагает метакогнитивная теория.

Для уточнения набора пунктов, созданного на основе первоначальной концепции, был применен факторный анализ, в результате чего была разработана надежная пятифакторная шкала (Wells & Davies, 1994). Пятифакторное решение было впоследствии воспроизведено на выборке пациентов с депрессией или посттравматическим стрессовым

расстройством (ПТСР; Reynolds & Wells, 1999).

Пять (факторов) субшкал ТСQ таковы:

1. Отвлечение (напр., «Я делаю что-нибудь, что мне нравится»).
2. Социальный контроль (напр., «Я спрашиваю у друзей, бывают ли у них такие же мысли»).
3. Беспокойство (напр., «Я фокусируюсь на различных негативных мыслях»).
4. Наказание (напр., «Я наказываю себя за то, что думаю эту мысль»).
5. Переоценка (напр., «Я пытаюсь переосмыслить свою мысль»).

Значения альфы Кронбаха для субшкал варьируют от 0,64 до 0,79. Тест-ретестовые корреляции за шестинедельный период были такими: отвлечение = 0,72, социальный контроль = 0,79, беспокойство = 0,71, наказание = 0,64 и переоценка = 0,67 (Wells & Davies, 1994).

Что касается конструктивной валидности, субшкалы *беспокойства* и *наказания* положительно коррелировали с набором различных измерений эмоционального расстройства. Взаимозависимости между измерениями расстройства и остальными субшкалами ТСQ, скорее, негативны и незначимы, за исключением социальной тревоги, которая имеет значимую негативную корреляцию с травматическими симптомами (напр., Holeva, Tarrier, & Wells, 2001). Однако, использование беспокойства для контроля мыслей положительно ассоциируется с симптомами травматического стресса как в кросс-секционных, так и лонгитюдных исследованиях (Holeva et al., 2001; Roussis & Wells, 2006).

Дискриминантная валидность ТСQ очевидна в исследованиях, где сравнивались диагностические и симптоматические группы. Амир, Кэшман и Фoa (Amir, Cashman, and Foa, 1997) показали, что индивиды с обсессивно-компульсивным расстройством чаще используют наказание, беспокойство, переоценку и социальный контроль, чем непациенты, которые чаще используют отвлечение. Двумя самыми сильными различительными стратегиями были беспокойство и наказание; эти данные были повторены в работе группы авторов (Abramowitz, Whiteside, Kalsy, and Tolin, 2003). Варда и Брайант (Warda and Bryant, 1998) сравнили людей с и без острого стрессового расстройства после автомобильной аварии и обнаружили, что люди со стрессовым

расстройством более широко использовали беспокойство и наказание. Также, шкалы позволяют дифференцировать пациентов с диагностированной шизофренией от участников контрольной группы, причем группа пациентов значительно чаще использовала стратегии беспокойства и наказания и реже — отвлечение (Morrison & Wells, 2000).

Опросник тревожных мыслей

Опросник тревожных мыслей (Anxious Thoughts Inventory, AnTI) был разработан как многомерная измерительная шкала беспокойства, охватывающая основные содержательные области и различающая беспокойство и негативную оценку беспокойства. Беспокойство о некогнитивных событиях (например, отношениях, соматических симптомах) было названо беспокойством типа 1. Беспокойство о мыслях и беспокойство о беспокойстве получило название «метабеспокойство», или «беспокойство типа 2» (Wells, 1994, 1995).

AnTI (см. Wells, 2000) состоит из 22 пунктов, измеряющих три категории беспокойства по отдельным субшкалам. Субшкалы следующие:

1. Социальное беспокойство (напр., «Я беспокоюсь о том, что сделаю или скажу что-то не то, когда нахожусь среди незнакомых людей»).
2. Беспокойство о здоровье (напр., «Я беспокоюсь о том, что у меня будет инфаркт или рак»).
3. Метабеспокойство (напр., «Я беспокоюсь о том, что не могу контролировать свои мысли так хорошо, как хотелось бы»).

Коэффициенты альфа для субшкал варьируют от 0,75 до 0,84, а тест-ретестовые корреляции за шестинедельный период таковы: социальное беспокойство = 0,76, беспокойство о здоровье = 0,84 и метабеспокойство = 0,77.

Субшкалы AnTI положительно коррелировали с другой методикой — Опросником беспокойства Пенсильванского университета (Penn State Worry Questionnaire, PSWQ; напр., Wells & Parageorgiou, 1998b), но эти корреляции слабые для субшкал социального беспокойства и беспокойства о здоровье AnTI, как и можно было ожидать, поскольку PSWQ — опросник беспокойства безотносительно его содержания. Корреляции между субшкалами AnTI и другой измерительной методикой метабеспокойства, Опросником метабеспокойства (см. ниже),

показали, что субшкала метабеспокойства имеет самую сильную корреляцию (0,64) с Опросником метабеспокойства (Wells, 2005a). Корреляции между субшкалами АнТІ и личностной тревогой следующие: 0,63 для социального беспокойства, 0,36 для беспокойства о здоровье и 0,68 для метабеспокойства.

Дискриминантная валидность АнТІ была установлена на диагностических группах (Wells & Carter, 2001). Метабеспокойство значимо сильнее выражено у пациентов с генерализованным тревожным расстройством (DSM-IV), по сравнению с группами пациентов с паническим расстройством и социальной фобией, а также по сравнению с контрольной группой непациентов. Как и ожидалось, беспокойство о здоровье было сильнее всего выражено в группе панических расстройств, а социальное беспокойство — в группе социальной фобии, однако у участников с генерализованным тревожным расстройством не было выявлено значимых отличий от вышеназванных групп по субшкалам социального беспокойства и беспокойства о здоровье, так как они демонстрировали высокие значения беспокойства по всем субшкалам.

Опросник метабеспокойства

АнТІ объединяет пункты, касающиеся неконтролируемости и опасности беспокойства, в субшкале метабеспокойства. Кроме того, он оценивает частоту, а не уровень убеждений, связанных с метабеспокойством. Опросник метабеспокойства (Meta-Worry Questionnaire, MWQ; Wells, 2005a) был задуман специально для оценки аспекта опасности в метабеспокойстве, частоты метабеспокойства и уровня убеждений. Инструмент был создан как средство тестирования метакогнитивной модели в условиях генерализованного тревожного расстройства (DSM-IV).

Инструмент состоит из семи пунктов, отражающих разные опасности беспокойства. Текст шкалы приведен в приложении 2. Факторный анализ ответов в студенческой выборке выявил один фактор для каждого из параметров частотности и убеждений. Семь пунктов шкалы перечислены далее:

1. «Я схожу с ума от беспокойства».
2. «Мое беспокойство будет усиливаться и я не смогу действовать».

3. «Я извожу себя беспокойством».
4. «Я беспокоюсь так, что это ненормально».
5. «Мой разум не может совладать с беспокойством».
6. «Я терплю жизненные неудачи из-за беспокойства».
7. «Мое тело не может совладать с беспокойством».

Коэффициенты Кронбаха для шкалы частотности составили 0,88 и для шкалы убеждений — 0,95. По всей видимости, MWQ имеет выраженную корреляцию с другими измерительными методиками метакогниции. В частности, шкалы MWQ демонстрируют значимо более высокие положительные корреляции с негативными убеждениями о беспокойстве, чем с позитивными убеждениями о беспокойстве, измеренными по MCQ.

Что касается дискриминантной валидности, MWQ дифференцирует непациентов, отвечающих критериям DSM-IV для генерализованного тревожного расстройства, от двух групп индивидов, классифицированных как имеющие соматическую тревогу или не имеющие тревоги (Wells, 2005a).

Тест слияния мыслей

Тест слияния мыслей (Thought Fusion Instrument, TFI) первоначально был разработан Уэллсом с соавторами (Wells, Gwilliam, and Cartwright-Hatton, 2001) для оценивания убеждений о мыслях в плане их «слияния» в областях, важных для метакогнитивной формулировки и лечения обсессивно-компульсивного расстройства. Тест состоит из одной шкалы, включающей 14 пунктов, и охватывает три содержательные области влияния, а именно: слияние мысли/события (Thought Event Fusion, TEF: «Мои мысли могут изменить ход событий»), слияние мысли/действия (Thought Action Fusion, TAF: «Если в мыслях я хочу навредить кому-то, то сделаю это и в реальности») и слияние мысли/объекта (Thought Object Fusion, TOF: «Мои воспоминания/мысли могут переходить на объекты»).

Факторный анализ выявил один параметр у студентов колледжа. Альфа Кронбаха для шкалы составила 0,89. Значимые позитивные корреляции были обнаружены между TFI, MCQ и измерительными методиками обсессивно-компульсивных

симптомов (Gwilliam, Wells, & Cartwright-Hatton, 2004; Myers & Wells, 2005). Текст TFI приведен в приложении 3.

Оценочные шкалы

Помимо рассмотренных выше шкал, каждая из которых была подвергнута психометрической оценке и разработке, имеется несколько других шкал прикладного характера, которые также полезны в лечении пациентов и еженедельном мониторинге терапевтического успеха. Эти шкалы являются доказанно полезными инструментами для врачей, практикующих метакогнитивную терапию, хотя их психометрические свойства пока что не известны.

Эти инструменты предоставляют полезную информацию для формулировки случая, помогают отслеживать изменения ключевых каузальных факторов и задают конкретную направленность терапевтическими сессиям, уменьшая таким образом количество неправильных действий терапевта.

CAS-1

Параметры CAS и метакогнитивных убеждений могут быть оценены с помощью оценочных шкал для конкретных расстройств или же с помощью общих шкал CAS-1 (хотя этот вариант не является предпочтительным). Эти шкалы являются средством мониторинга изменений в беспокойстве, мониторинге угроз и безуспешных поведенческих копинг-стратегий. Шкалы также включают измерение метакогнитивных убеждений, подлежащих модификации. Специфические для расстройства шкалы (если есть возможность их использовать) являются более предпочтительными, чем CAS-1, так как представленные в них убеждения и виды поведения имеют бóльшую специфичность.

CAS-1 (см. приложение 6) содержит четыре набора пунктов, оцениваемых по девятибалльным оценочным шкалам в стиле шкалы Ликерта, от 0 до 8. Он оценивает количество времени, которое отводится на беспокойство/руминацию, мониторинг угроз и поведенческие копинг-стратегии. Последний пункт требует оценок по широкому спектру метакогнитивных убеждений. Эти убеждения делятся на негативные убеждения и

позитивные убеждения. Этот инструмент предлагается использовать в случаях, когда диагноз не ясен или пациент не соответствует конкретным диагностическим критериям, которые указали бы на возможность использования шкал для конкретных расстройств.

Если конкретный диагноз поставлен, специфичные для расстройства оценочные шкалы предоставляют более полную и всестороннюю картину типов поведения и метакогниций, чем общие. Четыре подобные шкалы даны в приложениях 7–10 и рекомендованы для генерализованного тревожного расстройства (GADS-R), посттравматического стрессового расстройства (OCD-S) и большого депрессивного расстройства (MDD-S).

Эти инструменты разработаны для применения как на этапе оценки, так и на каждой терапевтической сессии. В силу необходимости они содержат ограниченный набор пунктов. Они не предназначены для того, чтобы заменять ими всестороннюю оценку убеждений с помощью соответствующих опросников, рассмотренных ранее. Шкалы предлагают дополнительные и часто используемые измерения, применяемые для отслеживания еженедельного прогресса.

Каждая шкала состоит из двух концептуально разных частей: 1) оценки симптомов и реакций пациента за последнюю неделю и 2) измерения общего уровня метакогнитивного убеждения пациента. Часть убеждения оценивает и негативные и позитивные метакогниции.

Использование шкал для оценки лечения

Оценочные шкалы применяются в начале каждой терапевтической сессии. Затем полученные значения кратко обсуждаются вместе с пациентами. Самые важные с точки зрения терапевта пункты это те, которые содержат информацию о главных механизмах, которые предположительно поддерживают расстройство (пункт 2 и далее).

Первый пункт каждой шкалы — индекс дистресса/неспособности, используемый для оценки общей эффективности лечения. Пункт 2 связан с выраженностью

персеверативных процессов, таких как беспокойство при генерализованном тревожном расстройстве, ритуалы при обсессивно-компульсивном расстройстве, вспоминание событий при посттравматическом стрессовом расстройстве и руминации при большом депрессивном расстройстве. Другие пункты оценивают непродуктивные поведенческие копинг-стратегии, многие из которых прямо направлены на контроль или искажение когниции определенным образом. Последний пункт оценивает метакогнитивные убеждения в негативных и позитивных содержательных областях.

В каждом случае цель лечения — снизить значения дистресса до 0. Но это не должно сопровождаться постоянным или повышенным избеганием. Шкалы помогают терапевту направить лечение на основополагающие каузальные механизмы и процессы. С этой целью следует оценивать и стремиться к следующим результатам:

1. Объем персеверации (беспокойства, руминации, ритуалов и т. д.) должен к концу лечения снизиться до уровня 0–1.
2. Непродуктивные поведенческие копинг-стратегии должны к концу лечения быть снижены до 0. Остаточные слабо выраженные способы поведения — распространенное явление, даже если метакогнитивные убеждения были устранены, и должны быть исследованы (терапевт должен рассмотреть вероятность того, что есть скрытые идиосинкразические убеждения, вызывающие их).
3. Избегание к концу лечения должно быть снижено до 0. Работа с остаточным избеганием и остаточным использованием поведенческих копинг-стратегий может потребоваться до окончания регулярных терапевтических встреч.
4. Негативные и позитивные убеждения должны составлять 0 к моменту окончания лечения. Как правило, негативные убеждения о неконтролируемости являются первичной целью лечения. В подавляющем количестве случаев конечная цель лечения может быть достигнута — снижение большинства убеждений до 0 и, в худших случаях, наличие нескольких убеждений с остаточным рейтингом 10.

Семишаговый план оценки

Всегда полезно иметь базовую схему, определяющую последовательность проведения оценки и то, как такие процедуры, как оценка метакогниций, вписываются в оценочную сессию. Далее представлен семишаговый план, обобщающий типичный формат оценочной сессии в метакогнитивной терапии.

- Шаг 1: определение базовой природы проблемы за прошедший месяц — например:
 «Как вы чувствовали себя в течение последнего месяца?»
 «Каким было ваше настроение, тревожились ли вы? Сколько времени вы чувствовали себя подобным образом?»
 «Какие ситуации вызывают тревогу/стресс?»

«Как это сказывается на поведении, избегании и т. д.?»

- Шаг 2: определение последовательности событий — например:

«Как проблема развивалась со временем?»

«Речь идет о многочисленных проблемах?»

«Какова их последовательность? С какой всё началось?»

«Могут ли они быть связаны?»

- Шаг 3: диагностика (по возможности) и оценка риска.

Используйте скрининговые методы диагностики (напр., Структурированное клиническое интервью для DSM-IV).

Изучите анамнез и информацию о назначенных лекарственных препаратах. Оцените уровень риска нанесения вреда себе и другим (примите меры для уменьшения риска, если он есть).

- Шаг 4: Исследуйте АМС.

Каковы триггеры/ситуации (А)? (Каковы когниции/убеждения, которые являются внутренними триггерами?).

Каковы метакогниции (М) и характер САС? Как они влияют на эмоции?

- Шаг 5: Выберите и примените соответствующие измерительные методики, в зависимости от диагноза или характера проблемы.

Используйте общие измерительные шкалы настроения и тревоги и специфические для расстройства измерительные шкалы когниции и поведения (напр., Шкалу депрессии Бека II: Beck, Steer, & Brown, 1996; Шкалу тревоги Бека: Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988; GAD-S, AnTI: Wells, 1994).

- Шаг 6: исследуйте вопросы мотивации и вовлеченности и работайте с ними.
- Шаг 7: определите цели, которые пациент должен достичь в конце терапии.

Заключение

В этой главе были описаны основные компоненты и средства оценки и представлены свойства ряда измерительных методик. В задачи настоящего издания не входит подробное рассмотрение вопросов надежной и эффективной оценки. Предполагается, что врач уже обладает необходимой квалификацией для этой работы. Содержащийся здесь материал призван расширить и дополнить уже имеющиеся навыки оценки и диагностики.

Оценка проводится в течение всего курса терапии в форме мониторинга прогресса пациента — отслеживания уровня симптомов и воздействия вмешательства на основополагающие психические поддерживающие процессы и механизмы. Для этой цели следует использовать опросники и определенные оценочные шкалы. Оценочные шкалы помогают «придерживаться курса» отдельной сессии и всего лечения, так как с их помощью терапевт может операционализировать общую цель лечения. САС и метакогнитивные убеждения четко

выявляются в оценочных шкалах для конкретных расстройств. CAS-1 представляет собой альтернативную общую измерительную шкалу, применяемую, если пациенты не удовлетворяют критериям расстройств, охватываемых специфическими шкалами.

В этой главе оценка была рассмотрена как общий первоначальный процесс, однако на практике она проводится и на интервью, которые нужны для формулировки случая. Этот процесс подробно описан далее в книге в главах, посвященных конкретным расстройствам.

Глава 3.

Основные навыки метакогнитивного терапевта

Эффективное применение МКТ требует наличия у терапевта нескольких фундаментальных навыков. Есть четыре фундаментальных навыка, образующие костяк, на котором строится лечение. Именно они и рассматриваются в данной главе.

Первый навык касается способности терапевта разбираться в различных уровнях когниции и переключаться с одного уровня на другой, то есть, речь идет об умении различать между метакогницией и «обычной» когницией. Второй навык — способность идентифицировать дезадаптивные когнитивные процессы, составляющие CAS в их различных обликах. Третий навык — использование сфокусированного на метакогниции сократовского диалога. Четвертый навык — обучение применению метакогнитивно-ориентированной экспозиции.

Проведение МКТ требует высокой квалификации. Практика служит ключом к эффективному и результативному использованию этого подхода. Супервизия является мощным союзником в удержании фокуса на метакогнитивных факторах в лечении и дальнейшем развитии навыков.

Идентификация уровней и переход между ними

Естественное стремление пациента и терапевта — проводить терапию на когнитивном уровне. Когнитивные терапевты обычно вовлекают пациентов в тестирование реальности идей, чтобы «способствовать более точному описанию и анализу природы вещей» (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979, с. 152). Основное внимание уделяется изучению данных, по сравнению с которыми тестируются идеи пациента. Помимо этого, тестирование реальности включает в себя идентификацию когнитивных искажений мыслей и убеждений пациента. Вполне вероятно, что стандартные методики КПТ, подобные этой, приводят к метакогнитивным изменениям — например, они определенно основываются на усилении метакогнитивной

осознанности благодаря ежедневной записи автоматических мыслей. Но пациенты вынуждены оценивать свои мысли на предмет их соответствия реальности, вместо того чтобы просто перестать их думать (приоритетная цель МКТ).

При выборе терапевтом когнитивно-поведенческой терапии, упускаются из виду важные аспекты, которые есть в метакогнитивной терапии. Это происходит потому, что работа ведется на объектном уровне. Терапевт разделяет мнение клиента о том, что его мысль или убеждение может быть правильным. На проверку этой мысли необходимо затратить много концептуальной активности. Если мысль обоснованна, то энергию нужно направить на решение проблемы. Частично, это та форма концептуальной переработки и целенаправленного копинга, которой наши пациенты уже занимаются. Например, недавно женщина, проходившая терапию по поводу генерализованного тревожного расстройства, спросила: «Как я решаю, на какие беспокойные мысли реагировать, а какие игнорировать, так как они ошибочны?» Эта пациентка и терапевт были в когнитивном режиме. К сожалению, они продолжили обсуждать, каким образом возможно оценить реалистичность беспокойства и, если оно реалистично, то что следует делать.

Хотя в КПТ терапевт и пациент оценивают мысли, что означает метакогнитивное осознание и метакогнитивные оценки, терапия проводится на когнитивном уровне (в объектном режиме), поскольку ее цель — протестировать на соответствие реальности обычные когниции, а не обнаружить или протестировать метакогниции. Метакогнитивный терапевт должен вместо этого перейти на метакогнитивный уровень работы. Например, в приведенном выше случае генерализованного тревожного расстройства терапевт мог бы сказать: «По-видимому, вы считаете, что должны думать о беспокойстве, чтобы получилось с ним справиться. Что бы произошло, если бы вы решили ничего не делать со своими беспокойными мыслями?» Этот подход может выявить метакогнитивные убеждения о необходимости постоянной когнитивной активности и о возможных негативных последствиях ее отсутствия, которые подлежат тестированию. Такая линия вопросов прочно основана на метакогнитивном

уровне работы, меняет способ переживания пациентом беспокойства (напр., на отстраненное наблюдение), а также изучает и модифицирует метакогнитивные убеждения о беспокойстве. Терапевт не пытается работать на уровне обычных когний, тестируя отдельные проблемы на их соответствие реальности.

Метакогнитивный уровень работы имеет принципиальное значение потому, что позволяет пациенту осознать дезадаптивные стили мышления и процессы, а также изменить ментальную модель когнииции и способы переживания мыслей. Это означает большее, нежели чем простое тестирование содержания мыслей и убеждений, требует отказаться от дезадаптивных стилей мышления (процессов) и работать на более высоком уровне тестирования валидности убеждений о мышлении.

Для примера давайте рассмотрим случай одного молодого человека, который считал, что он «ущербный». Он пережил насилие, и это было доказательством его «ущербности», или «испорченности». Когнитивный терапевт работал бы на когнитивном уровне и попросил его рассмотреть факты, опровергающие эту мысль, изучить когнитивное искажение в этом убеждение и прийти к альтернативным выводам. Подобный подход, примененный терапевтом, так же может быть эффективным, но он не предоставит другой способ отношения к негативным самоубеждениям и воспоминаниям. КПТ меняет уровень убежденности или содержание убеждения, но не позволяет пациенту увидеть, что он — это не просто его убеждения и воспоминания, не позволяет посмотреть на них отдельно от него. Полезно взглянуть на свои убеждения со стороны и рассмотреть их, как продукт мозговой деятельности, а не как суть своей личности. Добиться этого можно с помощью различных техник МКТ, например отстраненной осознанности.

Женщина с обсессивно-компульсивным расстройством считала, что заразится от испражнений, заболеет и заразит свою маленькую дочь, если не будет тщательно мыть руки отбеливателем. КПТ-терапевт попросил бы ее протестировать ее предубеждения — перестать мыть руки отбеливателем и посмотреть, заболеет ли она или ее ребенок. Этот подход оправдан в лечении, наравне с экспозицией и предотвращением реакций. Но ее дифункциональные метакогнииции продолжили свою работу,

поскольку лечение проводилось на когнитивном, а не на метакогнитивном уровне.

Если бы нам повезет, это лечение позволит ей проверить убеждение, что она может заразиться, на соответствие реальности. По сути, мы убрали это убеждение точно так же, как его убирает мытье рук, пусть и временно. В метакогнитивной терапии мы нацеливаемся на изменение метакогниций, а не мыслей и убеждений более низкого уровня, например мыслей о заразе на руках. То есть, терапевт переносит акцент в обсуждении от возможного заражения (когнитивный уровень) на убеждения о важности мыслей о заражении (метакогнитивный уровень). Пациентка не просто осознает, что ничем не заразилась. Она научается тому, что ее мысли об испражнениях не важны и с ними не нужно как-то по-особенному поступать.

Мужчину 37-ми лет, получившему ранение при ограблении, постоянно мучили головные боли, приступы тревоги и интрузивные воспоминания о событии. Когда его спросили, как он пытается справиться с этими симптомами, он ответил, что избегал выходить из дома, прибегал к алкоголю, чтобы «развлечься» и был бдителен в связи с возможной опасностью. Он описывал, как возвращался мыслями к ограблению снова и снова, пытаясь понять, мог ли иначе действовать в той ситуации. Как бы терапевт работал на метакогнитивном уровне в этом случае?

Традиционный КПТ-подход заключался бы в повторном переживании события в воображении и тестировании искаженных убеждений пациента о себе и мире, полном угроз. Это был бы пример работы на когнитивном уровне, поскольку мы меняем природу воспоминания (когниция) и содержание убеждений о себе и о мире (когниция). Но есть и другая возможность. Терапевт может работать на метакогнитивном уровне и изучать то, каким образом пациент контролирует свои мысли о ранении (метакогниция), убеждения об интрузивных мыслях (метакогниция) и убеждения о необходимости использовать для копинга руминацию и беспокойство, т.е. постоянное возвращение мыслями к происшедшему (метакогниция).

Когда терапевт и пациент обсуждают в МКТ характер проблем, терапевт рассматривает негативные убеждения и мысли пациента о себе и о мире, как симптомы или триггеры проблемы, поскольку настоящая проблема основана на том, как пациент имплицитно и эксплицитно интерпретирует эти когнитивные события и поступает с ними. Учитывая это, метакогнитивный

терапевт может внести необходимые коррективы и сфокусировать работу на метакогнитивном уровне.

На метакогнитивном уровне работы мы просим пациентов отстраниться от мысли или убеждения и увидеть ее/его как внутреннее событие, как симптом, который не требует концептуальной либо аналитической реакции. Чтобы это сделать, мы не просто оцениваем его валидность, а пытаемся породить смысл или ментальную модель того, чем он является, событие в мозге, и мы модифицируем метакогниции, которые вызывают стили мышления, которые его постоянно поддерживают. Напротив, тестирование обычных мыслей или убеждений и проверка их валидности поддерживает ментальную модель, согласно которой одни мысли являются фактами, а другие — нет. Этот подход затемняет тот факт, что безотносительно своей валидности, мысли и убеждения являются ментальными переживаниями, которые сообщают информацию. На самом деле не важно, истинные они или нет, важно то, как мы переживаем их и как реагируем на них. Решающим фактором является характер метакогнитивной модели, которая есть у нас для наших собственных когниций.

Обнаружение CAS

Когда терапевты только начинают практиковать МКТ, многим из них не удастся выявить CAS. Наиболее важной из этих трудностей является неспособность терапевта распознать беспокойство и руминацию либо в описании пациента своих мыслей, либо как процесс, активизировавшийся на сессии. Важно, чтобы терапевт мог осознавать и быть в состоянии распознать беспокойство, руминацию, мониторинг угроз и контрпродуктивные поведенческие копинг-стратегии. В конечном итоге, всему этому должен научиться и пациент.

Периоды молчания пациента могут служить признаком того, что активизировались беспокойство и руминация. Пространные обоснования убеждений и постоянные рефлексии о негативных эмоциях обычно указывают на беспокойство и руминацию. Излишнее углубление в детали при вербальных описаниях событий может служить маркером руминации или избегающего

копинг-поведения. Чтобы идентифицировать процесс, терапевт должен мыслить вне рамок содержания и валидности того, что утверждает пациент; он должен видеть активизацию цепочек негативной переработки. Если таковые имеют место, их необходимо четко указать и назвать, чтобы повысить понимание пациента, и необходимо прервать процесс, а не тестировать его содержание на соответствие реальности.

Хотя эти процессы часто разворачиваются спонтанно в ходе терапевтической встречи, метод их обнаружения заключается в том, чтобы задавать прямые вопросы об их распространенности. Метакогнитивный терапевт спрашивает о заикливании на мыслях, беспокойстве, руминации и долгих размышлениях в ответ на стрессы и эмоции. Терапевт дает количественную оценку распространенности этих стилей мышления в терминах частоты и продолжительности. Также терапевт спрашивает, замечал ли пациент, что его внимание «застревает» на чем-то одном и если да, то на чем конкретно. Это может стать основой для идентификации мониторинга угроз. Терапевт спрашивает, пытался ли пациент контролировать мысли или справляться с эмоциями или предполагаемой угрозой, какую форму принимают эти реакции и насколько они эффективны.

Бывает, что процесс мониторинга угроз можно наблюдать на сессии. Например, пациентка с навязчивостью внимательно изучала пол во время лечения. На видеозаписи сессии, принесенной для супервизии, это было очевидно, но во время сеанса студент-терапевт этого не заметил. На следующей сессии он обратил внимание на изучение пола и спросил об этом пациентку. Пациентка ответила, что внимательно смотрит, не рассыпан ли по полу крысиный яд. Это породило крайне полезную дискуссию о проблеме, связанной с попытками обеспечить себе безопасность за счет стратегий мониторинга угроз. Другими словами, какой эффект оказывает эта стратегия на частоту мыслей о заражении и на понимание того, что мысли о заражении не важны?

В другом примере пациент с ипохондрией постоянно трогал себя за шею во время оценочного интервью. Когда его спросили об

этом действии, он сообщил, что таким образом проверяет пульс и то, бьется ли сердце нормально. В этом случае стратегия мониторинга угроз была обнаружена терапевтом.

Некоторые дезадаптивные поведенческие копинг-стратегии являются скрытыми и легко ускользают от внимания терапевта. Терапевт должен выработать привычку задавать вопросы о подавлении, стратегиях контроля мыслей, контроле эмоций и стратегиях избегания и изучать их своеобразную (идиосинкразическую) природу. Например, одна пациентка утверждала, что пытается перестать думать о травматическом событии. Терапевт предположил, что пациентка подавляет такие мысли, но не смог изучить это утверждение достаточно подробно. Позднее терапевт обнаружил, что пациентка пыталась избавиться от своих мыслей, как можно больше думая о травме, так как прочла, что преодолеть страх можно, встретившись с ним лицом к лицу. Когда пациентку проинструктировали сократить это избыточное мышление, она обнаружила, что ее мысли о травме ослабели.

Есть дополнительные стратегии для обнаружения CAS, такие как персональные оценочные шкалы (напр., CAS-1) или привлечение внимания пациента к проявлению индивидуальных компонентов. Терапевт может осуществить эту стратегию, проинструктировав пациента записывать, как часто они замечают за собой заикливание на негативных мыслях или попытки подавить идеи, способные вызвать их проблемы.

Следует ожидать, что на ранних стадиях беспокойство, руминация и другие аспекты CAS продолжают проявляться. Важно, чтобы терапевт продолжал обращать внимание пациента на эти процессы, так как они могут манифестироваться по-разному. Демонстрация того, что изменение содержания и фокуса не указывает на изменение процессов, помогает развить у пациентов большее мета-осознание и выключить персеверативную активность.

Использование метакогнитивно-ориентированного сократовского диалога

МКТ использует сократовский диалог для изучения смыслов,

основополагающих процессов и убеждений. Однако, направленность диалога отличается от той, что характерна для КПТ. В КПТ терапевт использует вопросы, чтобы изучить содержание мыслей и убеждений и чтобы направить лечение на модификацию убеждений. В МКТ терапевт использует вопросы для обнаружения и прекращения САС. Когда в центре внимания находятся убеждения или предположения, сократовский диалог нацелен на обнаружение и изменение убеждений о мыслях и эмоциях (метакогниции), а не мыслей о себе и о мире.

Два диалога, представленных далее, иллюстрируют традиционный КПТ-подход и затем новый МКТ-подход.

КПТ-диалог

ТЕРАПЕВТ (Т.): Из-за чего вы чувствовали себя подавленной?

ПАЦИЕНТКА (П.): Когда Джон не захотел меня видеть.

Т.: Что это значит для вас?

П.: Я думаю, что никто меня не любит, со мной просто скучно.

Т.: Похоже на то, что у вас появляются негативные мысли, когда такое случается. Как вы думаете, все чувствуют себя подавленно, когда с ними такое случается?

П.: Нет, потому что они не думают, что это важно.

Т.: Правильно, поэтому мы должны проанализировать, что вы думаете. Что это значит для вас, когда люди отказываются от встречи?

П.: Это означает, что со мной скучно, что они не заинтересованы во мне.

Т.: Насколько сильно вы убеждены в том, что так происходит потому, что с вами скучно?

П.: Должно быть так, иначе люди пригласили бы меня встретиться.

Т.: Как эта мысль заставляет вас чувствовать себя?

П.: Мне очень грустно и одиноко.

Т.: Итак, то значение, которое вы придаете ситуациям, заставляет вас грустить. Это то, что вы думаете о ней. Вы думаете, что люди

отказываются от встреч с вами, потому что с вами скучно. Что если есть другие, более вероятные причины, по которым люди не могут прийти на встречу?

МКТ-диалог

ТЕРАПЕВТ (Т.): Из-за чего вы чувствовали себя подавленной?

ПАЦИЕНТКА (П.): Когда Джон не захотел меня видеть.

Т.: О чем вы подумали в связи с этим?

П.: Я думаю, что никто меня не любит, со мной просто скучно.

Т.: Похоже на то, что у вас появляются негативные мысли, когда такое случается. С какой именно мысли всё начинается?

П.: Я думаю: «Почему он знать меня не хочет?»

Т.: Правильно. Давайте посмотрим, какие размышления запускает та самая, первоначальная мысль. О чем вы начинаете думать потом?

П.: Я пытаюсь понять, что со мной не так. Может быть, со мной скучно, или может быть, я им не нравлюсь. Я пытаюсь понять, почему со мной такое происходит.

Т.: Сколько времени вы тратите на эти размышления?

П.: Это длится часами.

Т.: Как эти размышления заставляют вас чувствовать себя?

П.: Мне очень грустно и одиноко.

Т.: Итак, вы реагируете на мысль: «Почему Джон не хочет меня знать?» таким способом, который вызывает у вас чувство грусти. Вы пытаетесь найти ответ, анализируя, что с вами не так. Такие размышления, скорее, вызывают у вас грусть или радость? Что если есть другие способы отреагировать на эту мысль?

Последний вопрос в каждом подходе сильно разнится. В примере с КПТ это вопрос: «Что, если есть другие, более вероятные причины, по которым люди не могут прийти на встречу?» Сравните с вопросом в МКТ: «Что, если есть другие способы

отреагировать на эту мысль?». МКТ-подход фокусируется на влиянии процесса руминации, вызванном негативной мыслью, и переводит пациента в метакогнитивный режим работы. Напротив, диалог КПТ ведется в объектном режиме, в котором мысли оцениваются так, как будто они являются фактами. Более того, пациентку поощряют продолжать анализировать причины отказа от встреч, таким образом концептуальный процесс продлевается, а не заканчивается.

Сократовский диалог в МКТ, как показывает пример выше, нацелен на то, чтобы идентифицировать случаи беспокойства/руминации и другие признаки CAS. Изучение различных компонентов CAS с использованием метакогнитивно-ориентированного сократовского диалога проиллюстрировано в двух дальнейших диалогах.

Изучение беспокойства

ТЕРАПЕВТ (Т.): После того, как вы подумали: «Я мог потерпеть неудачу», о чем вы стали думать дальше?

ПАЦИЕНТ (П.): Я думал о том, что мог бы сделать и как мог бы поступить в следующий раз.

Т.: Сколько по времени это продолжалось?

П.: Весь вечер. Я не мог выкинуть это из головы.

Т.: Итак, вы беспокоились о будущем и о том, как с ним справляться?

П.: Да, мне приходится об этом думать, или я никогда не смогу выкинуть это из головы.

Т.: Вам удастся выкинуть это из головы на то время, пока вы думаете или беспокоитесь об этом?

Изучение мониторинга угроз

ТЕРАПЕВТ (Т.): Замечали ли вы, что начали уделять внимание другим вещам, с тех пор как стали чувствовать себя подобным образом?

ПАЦИЕНТ (П.): Да, я почти все время чувствую себя уставшим и нездоровым.

Т.: Делаете ли вы какую-нибудь проверку?

П.: Когда я просыпаюсь утром, я проверяю, как я себя чувствую, и тогда я уже знаю, будет ли день хорошим или плохим.

Т.: Как вы себя должны чувствовать, чтобы день оказался хорошим?

П.: Я должен чувствовать себя расслабленным и отдохнувшим, но, как правило, я чувствую себя уставшим и сознание заторможенное.

Т.: Сколько времени уходит на отслеживание ваших мыслей и чувств?

П.: Я отслеживаю их почти все время.

Т.: Если вы ищете чувство усталости, то вероятность того, что вы его все-таки обнаружите, высокая или низкая?

Изучение поведенческих копинг-стратегий (подавления мыслей, избегания)

ТЕРАПЕВТ (Т.): Когда вам на ум приходит мысль: «У меня опухоль головного мозга», как вы справляетесь с ней?

ПАЦИЕНТ (П.): Я становлюсь менее активным, чтобы не спровоцировать инсульт. Затем я прошу партнера меня успокоить. Если я по-настоящему обеспокоен, я записываюсь к врачу на прием.

Т.: Итак, вы пытаетесь справиться с этой мыслью за счет того, что становитесь малоактивным и ищете успокоения у партнера или у врача. Позволило ли вам это преодолеть свою проблему?

П.: Нет, у меня все еще есть симптомы и я думаю: «Что если опухоль растет, но ее пока не обнаружили?»

Т.: Что случилось с вашим беспокойством с тех пор, как вы стали пытаться бороться с ним таким образом? Оно прекратилось?

П.: Нет, я все еще беспокоюсь о своем здоровье.

Т.: Тогда, возможно, нам стоит изучить другие способы реагировать на вашу мысль об опухоли головного мозга. Вы могли бы выбрать такие способы: наложить запрет на поиск успокоения, отложить беспокойство и повысить свою активность.

Использование сократовского диалога для обнаружения метакогнитивных убеждений

Приведенные выше примеры иллюстрируют, как можно использовать сократовский диалог для изучения и ослабления CAS, но он также служит для поиска метакогнитивных убеждений. Наши пациенты демонстрируют паттерн реагирования, состоящий из CAS, из-за влияния метакогнитивных убеждений на переработку. Обнаружение и последующее изменение этих убеждений является важной характеристикой МКТ. Следующие выдержки из случаев иллюстрируют использование сократовского метода для обнаружения метакогнитивных убеждений (убеждения выделены курсивом для лучшего понимания). Типичные задаваемые вопросы касаются преимуществ и недостатков использования стилей мышления, контролируемости мыслей и самых худших последствий их возникновения.

Обнаружение позитивных метакогнитивных убеждений о беспокойстве

ТЕРАПЕВТ (Т.): Мы выяснили, что вы беспокоитесь о неудачах и о будущем. Есть ли какие-нибудь преимущества у беспокойства?

ПАЦИЕНТ (П.): Не уверен, что правильно понял, что вы имеете в виду под «преимуществами».

Т.: Помогает ли вам как-нибудь беспокойство?

П.: Да, важно пытаться предвидеть проблемы, чтобы к ним готовым.

Т.: Вы считаете, что беспокойство помогает вам подготовиться к будущим проблемам?

П.: *Да, если я беспокоюсь, то буду готов эффективно разрешить проблемы в будущем.*

Т.: Насколько сильно вы убеждены в этом по шкале от 0 до 100?

П.: На 80%. Не думать о своих проблемах — это неправильно.

Т.: То есть, либо беспокойство, либо ничего.

П.: Теперь, когда вы об этом заговорили, я это вижу, но какие у меня есть еще варианты?

Обнаружение негативных метакогнитивных убеждений о мониторинге угроз

ПАЦИЕНТ (П.): Я выставил себя на посмешище.

ТЕРАПЕВТ (Т.): Почему вы так думаете?

П.: Все на меня смотрели.

Т.: Вы обычно проверяете, смотрят на вас окружающие или нет?

П.: Нет, это больше чувство.

Т.: В тот раз, вы проверяли, смотрят ли на вас, или это было чувство?

П.: Теперь, когда вы спросили, думаю, что это было чувство.

Т.: Какое чувство вы используете, чтобы определить, выставили вы себя на посмешище или нет?

П.: Если я чувствую себя неловко и неуклюже, я боюсь, что это видно.

Т.: То есть, вы концентрируете свое внимание на том, чувствуете ли вы себя неловким и неуклюжим?

П.: Да, и я не хочу себя так чувствовать.

Т.: Есть ли какие-нибудь преимущества у того, чтобы концентрироваться на этих чувствах?

П.: Это не дает мне потерять контроль.

Т.: Насколько сильно вы убеждены в том, что *концентрация на чувствах не даст вам потерять контроль*?

П.: Если я не буду этого делать, всё будет еще хуже. Я уверен, что это помогает.

Обнаружение негативных метакогнитивных убеждений

ТЕРАПЕВТ (Т.): Похоже, вы тратите много времени на обдумывание того, что неправильно, что идет не так, как нужно, и на беспокойство о будущем. Вы чувствуете себя лучше от этих мыслей?

ПАЦИЕНТ (П.): Иногда, но обычно они еще больше усугубляют мою депрессию.

Т.: Этот процесс, когда вы все постоянно обдумываете и анализируете, называется руминацией. Вы можете перестать так

поступать или без нее вы почувствуете себя хуже?

П.: Нет, не думаю, что могу это контролировать.

Т.: Насколько сильно вы убеждены в истинности мысли «*моя руминация неконтролируема*»?

П.: На 100%.

Т.: Может ли случиться что-нибудь плохое, если вы продолжите «жевать мысленную жвачку»?

П.: Я не уверен.

Т.: Что самое худшее может случиться?

П.: Я думаю, это не нормально. Это еще одно доказательство того, что я психически болен, я всегда был депрессивным, я не могу контролировать ход своих мыслей. (*Обратите внимание: Что пациент делает в ответе прямо сейчас? Вы идентифицировали мысль, запускающую руминацию?*)

Использование сократовского диалога для изучения поддерживающего процесса при социализации

Терапевт использует сократовский диалог для беседы о метакогнитивной формулировке проблемы и для вовлечения пациента в терапевтический процесс. Подобная «социализация» пациента в МКТ достигается за счет изучения процессов поддержания, как это указано в модели. Одна из целей терапевта — показать влияние беспокойства и руминации на тревогу или настроение, неэффективность таких копинг-стратегий, как подавление мыслей, и последствия мониторинга угроз для тревоги и оценку. Некоторые примеры этих процессов представлены ниже.

Мониторинг угроз при генерализованном тревожном расстройстве

ТЕРАПЕВТ (Т.): Какие, по вашему мнению, могут быть последствия у того, что вы постоянно уделяете внимание тому, что у вас сейчас на уме?

ПАЦИЕНТ (П.): Я должен быть уверен, что не схожу с ума.

Т.: Когда вы фокусируетесь на том, как работает ваш ум, кажется ли вам, что он работает, как надо — так, как вы хотите?

П.: Нет, как правило, я прихожу к выводу, что он работает не так, как я ожидал.

Т.: Может ли подобная концентрация внимания отрицательно влиять на вашу оценку того, как он работает?

П.: Думаю, может.

Т.: Итак, вы видите, как одна из ваших копинг-стратегий, состоящая в мониторинге состояния ума, усиливает ваше беспокойство. Похоже, здесь мы имеем порочный круг.

Подавление мыслей при обсессивно-компульсивном расстройстве

ТЕРАПЕВТ (Т.): Вы сказали, что пытаетесь контролировать свои мысли. Что именно вы делаете?

ПАЦИЕНТ (П.): Я пытаюсь не думать об убийцах.

Т.: Вам это помогает?

П.: Нет, мысли все равно появляются.

Т.: Можете ли вы забыть что-то, о чем пытаетесь не думать?

П.: Нет, полагаю, приходится напоминать себе о том, что именно хочешь забыть.

Т.: Совершенно верно. Помогает ли отмахивание от мысли обнаружить ее бесполезность?

П.: Нет, думаю, что я боюсь думать эту мысль.

Т.: То, как поступаете с мыслью, вполне возможно, подкрепляет вашу тревогу и делает мысль более важной, чем она есть на самом деле.

Поведенческие копинг-стратегии при паническом расстройстве

ТЕРАПЕВТ (Т.): Как вы не даете себе задохнуться?

ПАЦИЕНТ (П.): Я начинаю идти медленнее и глубоко дышу. Мне нужно сделать один особенно глубокий вдох, который помогает.

Т.: Как вы полагаете, возникают ли какие-нибудь проблемы, когда вы проделываете все это, думаю, что задыхаетесь?

П.: Ну, иногда я понимаю, что дышу слишком часто и глубоко, так что задыхаюсь.

Т.: Да, глубокое дыхание может ухудшить ваши симптомы, и это только один поддерживающий процесс. Давайте теперь посмотрим на другой. В очередной раз спасая себя, понимаете ли вы, что это были просто мысли об удушье, а не оно само?

П.: Нет, я продолжаю думать, что оно может случиться в следующий раз.

Т.: Правильно. Вы не позволяете себе осознать, что это просто мысль, что на самом деле вы не задыхаетесь. Так мысль продолжает оставаться для вас важной. (*Обратите внимание: такое поведение не позволяет опровергнуть убеждение по поводу важности мысли. Оно также не дает пациенту возможность отнестись к мысли как к мысли, то есть, перейти с когнитивного уровня на метакогнитивный уровень и отстраниться от нее.*)

Беспокойство при ипохондрии

ТЕРАПЕВТ (Т.): Вы сказали, что беспокойство и изучение симптомов позволяет вам не упустить ничего из того, что может оказаться важным, и может спасти вам жизнь. Как вы думаете, порождает ли какие-нибудь проблемы такой способ копинга?

ПАЦИЕНТ (П.): Ну, я не думаю, что это очень позитивно.

Т.: Совершенно верно. Как подобные мысли влияют на ваши убеждения?

П.: Ну, я разубеждаюсь в худшем.

Т.: Так ваша проблема в том, что у вас опухоль головного мозга, или в том, что вы продолжаете быть уверены в худшем?

П.: Возможно, в том, что я продолжаю быть уверенным в худшем.

Метакогнитивно-ориентированная вербальная реатрибуция

Техники вербальной атрибуции в МКТ напоминают аналогичные техники в КПТ, но имеют другую направленность. Они используются для модификации негативных и позитивных метакогнитивных убеждений, а не для модификации содержания других мыслей и убеждений. И в КПТ, и в МКТ, используются следующие общие типы вопросов:

1. Вопросы о доводах «за» и «против» убеждения

Какие доводы свидетельствуют в пользу убеждения?

Какие доводы свидетельствуют против убеждения?

2. Предложение контраргументов

Предоставление информации о безобидной природе тревоги.

Демонстрация того, как беспокойство отличается от стресса.

3. Идентификация когнитивного искажения

Это пример катастрофизации, черно-белого мышления?

4. Вопросы о механизме

«Как беспокойство или тревога могут навредить вам?»

«Как беспокойство может вас защитить?»

5. Вопросы о преимуществах и недостатках убеждения

«Какие преимущества имеет контролирование мыслей?»

«Какие недостатки имеет контролирование мыслей?»

6. Оценка качества доводов в пользу убеждения

«Убедит ли этот довод кого-нибудь еще?»

7. Оценка и повторная оценка убеждения

«Насколько сильно вы в этом убеждены?»

«Насколько сильно вы убеждены в этом сейчас, после того как мы рассмотрели доказательства?»

Следующие примеры иллюстрируют тип вопросов для ослабления ряда различных метакогнитивных убеждений.

Негативное убеждение в неконтролируемости

ТЕРАПЕВТ (Т.): Насколько сильно вы убеждены в том, что ваше беспокойство вам неподконтрольно?

ПАЦИЕНТ (П.): На 70%.

Т.: Вы пытались его контролировать?

П.: Да, но не получилось. Вот почему я знаю, что не могу его

контролировать.

Т.: Но как беспокойство прекращается, если вы его не контролируете?

П.: Проблема исчезает.

Т.: Итак, что происходит с вашим беспокойством, если вам необходимо ответить на звонок?

П.: Ну, тогда оно прекращается, потому что я вынужден переключиться и подумать о другом.

Т.: Значит, что-то указывает на то, что вы все же можете его контролировать?

П.: Да, очень немного.

Т.: Давайте проверим ваше убеждение в неконтролируемости. Хочу предложить такой эксперимент...

Негативное убеждение в опасности

ПАЦИЕНТ (П.): Я не хочу, чтобы у меня были эти мысли.

ТЕРАПЕВТ (Т.): Что самое худшее может случиться, если вы позволите себе их иметь?

П.: Я буду действовать в соответствии с ними и кому-нибудь наврежу.

Т.: Насколько вы убеждены в том, что если о чем-то подумаете, то будете действовать в соответствии с этой мыслью?

П.: На 90%.

Т.: Какие у вас есть доказательства?

П.: Никаких — я просто беспокоюсь, что это может случиться.

Т.: Тогда, возможно, это всего лишь беспокойство. Есть ли контраргументы?

П.: Ну, я пока что еще никому не причинил вреда.

Т.: Это хороший аргумент. Сколько у вас плохих мыслей?

П.: Слишком много, чтобы их сосчитать.

Т.: Есть ли доказательства того, что мысли обладают такой властью над вами, что вы поступите сообразно им, и есть ли

доказательства обратного?

П.: Возможно, есть доказательства того, что у них нет такой власти.

Т.: Насколько вы убеждены в том, что у них есть такая власть?

П.: На 70%.

Позитивное убеждение о руминации

ТЕРАПЕВТ (Т.): Насколько вы уверены в том, что анализ прошлого поможет вам почувствовать себя лучше?

ПАЦИЕНТ (П.): На 100%.

Т.: Вам это помогает?

П.: Иногда я получаю ответ, так что думаю, да.

Т.: Помогло ли вам это избавиться от депрессии?

П.: Нет.

Т.: Тогда где доказательства того, что анализ прошлого помогает вам справиться с депрессией?

П.: Ну, я точно не знаю. Но я не могу ни о чем не думать.

Т.: Похоже, что у вас черно-белое отношение к своим мыслям. Для улучшения плохого настроения вы либо анализируете прошлое, либо не делаете ничего. Как вы думаете, какие последствия у подобных действий?

П.: Ну, думаю, я продолжаю всё анализировать.

Т.: Как часто это ведет к улучшению вашего состояния?

П.: Не всегда. Иногда мне становится сначала хуже, а уже потом легче.

Т.: Тогда, возможно, это ухудшает ваше настроение?

П.: Да, думаю, так оно и есть.

Т.: Насколько вы убеждены в том, что это помогает вам в долгосрочном периоде?

П.: Я не знаю, возможно, я уделяю этому недостаточно времени.

Т.: Хорошо, может быть, вы будете делать это чаще и мы посмотрим?

П.: Нет, не думаю, что это улучшит ситуацию.

Т.: Тогда насколько сильно ваше убеждение в том, что вам это помогает?

П.: Теперь меньше, возможно, 20%.

Метакогнитивная экспозиция

Экспозиция — это компонент КПТ. Однако для лечения длительные и постоянные экспозиции в качестве средства достижения эмоциональных изменений не являются обязательными. Цель экспозиции в МКТ другая: она используется как для модификации убеждений, так и для усиления альтернативной и более адаптивной переработки. Три типа метакогнитивной экспозиции используются для 1) фасилитации изменения убеждений в целом; 2) оспаривания конкретных метакогнитивных убеждений; и 3) способствования адаптивной переработке травмы.

Общее изменение убеждений

Любой поведенческий эксперимент с конфронтацией с вызывающим страх стимулом, имеющий своей целью тестирование убеждений, является неспецифичной метакогнитивной техникой, поскольку он вызывает оценку когниции. Подобного рода эксперименты можно улучшить, если проводить их в более специфичной метакогнитивной плоскости. То есть, таким образом, чтобы процессы переработки информации до, во время и после экспозиции можно было контролировать для максимально возможного изменения убеждений. По сути, это написание метакогнитивного сценария, или плана, для управления переработкой информации.

Например, пациентка с социальной фобией избегала смотреть в глаза людям, с которыми взаимодействовала. И после социального взаимодействия она часами размышляла о том, какое впечатление произвела. Несмотря на ежедневное столкновение с социальными ситуациями, она годами сохраняла убеждение «люди думают, что я тупая». Несколько лет назад она прошла психологическое лечение, составляющей которого была конфронтация с социальными ситуациями и связанное с ней обучение контролю тревоги и использованию самоутверждения. Это помогло на время, но она

чувствовала, что ее тревога по-прежнему сохранялась и представляла собой проблему. Во время прохождения МКТ ее конфронтировали с социальными взаимодействиями и проинструктировали фокусировать внимание на лицах других людей. Более конкретно, ее просили «попытаться сформировать полное впечатление о внешнем виде другого человека, чтобы впоследствии можно было узнать его в толпе». Кроме того, ее проинструктировали обращать внимание на то, когда она начинает анализировать то, как действовала и выглядела, после взаимодействия и прекращать эту активность, применяя *отстраненную осознанность* к интрузивным мыслям. Такая процедура управления ее стилем переработки во время и после экспозиции позволила ей обнаружить, что ее проблема заключается в негативном мышлении, а не в том, что люди подумают. Об экспериментальном тестировании эффектов такого типа подхода см. Wells and Parageorgiou, 1998b.

Оспаривание метакогнитивных убеждений

В МКТ терапевт нацеливается на позитивные и негативные убеждения о мышлении. Таким образом, экспозиция проводится для тестирования метакогнитивных убеждений.

Например, пациента с обсессивно-компульсивным расстройством попросили дотронуться до зараженного объекта и отложить мытье рук, чтобы протестировать его убеждение «мысль о том, что объект заражен, означает, что он на самом деле заражен». Это отличается от цели габитуации (напр., «Не мойте руки и ваша тревога утихнет») или от когнитивной цели (напр., «Не мойте руки и увидите, что ничего плохого не случится»). В МКТ фокус делается на оспаривании убеждения о важности интрузивной мысли, а не на вероятности реально существующей опасности или ответственности за ее предотвращение в будущем. Об экспериментальном тестировании эффектов такого типа подхода см. Fisher and Wells, 2005.

В другом примере с генерализованным тревожным расстройством, проводивший МКТ терапевт конфронтировал пациента с беспокойством в качестве эксплицитного теста убеждений, что беспокойство наносит вред (напр., «Попробуйте беспокоиться сильнее и посмотреть, разовьется ли психоз»). Этот подход отличается от стандартной КПТ, где конфронтация с избегаемой ситуацией имеет целью протестировать на соответствие реальности содержание беспокойства, а конфронтация с беспокойством имеет целью способствовать габитуации.

Фасилитация адаптивной переработки травмы

Этот тип метакогнитивной экспозиции нацелен на устранение аспектов дезадаптивной переработки и поведенческих копинг-стилей, препятствующих саморегуляции. Чаще всего он используется в случае травмы. Пациента инструктируют реагировать на спонтанные интрузивные мысли определенным способом, который поддерживает встроенные и автоматические процессы саморегуляции. Здесь мы не тестируем убеждения, а устраняем препятствия для нормальной эмоциональной переработки. В отличие от обычной КПТ-практики, здесь не постулируется необходимость в неоднократной конфронтации с травматическими воспоминаниями и их проработке. Вместо этого пациентов инструктируют признавать свои интрузии и воздерживаться от вовлечения в них — не анализировать событие, отбрасывать интрузии, не беспокоиться о будущих опасностях. С точки зрения такого подхода эмоциональное исцеление является естественным процессом, который происходит спонтанно, если не прерывается определенными непродуктивными реакциями в ответ на мысли и чувства.

Например, пациент, получивший ножевое ранение на улице, сообщил о том, что у него постоянно возникают интрузивные мысли о событии и чувство жара в животе, на месте раны. КПТ-терапевт вызвал бы у пациента воспоминания о событии и попытался их дефрагментировать и способствовать габитуации. МКТ-терапевт в таком случае изучает типичную реакцию пациента на интрузию. Пациент рассказал, что обычно пытается отвлечься от интрузии и обдумать, что он мог бы предпринять, чтобы отбиться от злоумышленника. Терапевт проинструктировал его отказаться от этих стратегий и вместо этого продолжить пассивное наблюдение за интрузией — не пытаться отвлечься от нее или обдумать, что он мог бы сделать в той ситуации. Таким образом мысль была лишена значимости и влияния, и пациент начал замечать, что она ослабевает сама по себе.

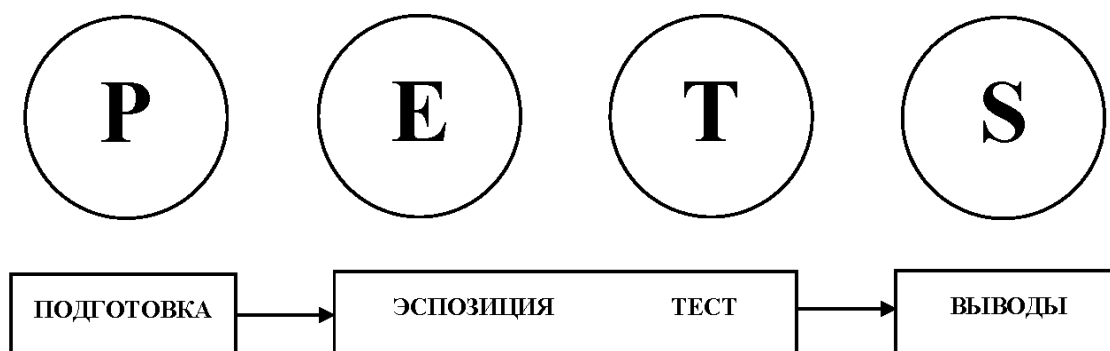
Использование PETS-протокола в экспозиции

Экспозиционные эксперименты в КПТ состоят из четырех компонентов — подготовка, экспозиция, тестирование и выводы. Эта концептуальная модель получила название PETS-протокол (Preparation, Exposure, Testing, Summarizing) (Wells, 1997). Как

правило, такие эксперименты используются для тестирования предсказаний, основанных на мыслях/убеждениях пациента. Каждый элемент представляет один этап в последовательности. Эти эксперименты используются в лечении тревожных расстройств. Хотя они включают экспозицию, она, как правило, кратковременная и сопряжена с конкретной целью и неподтверждающей стратегией, или тестом. Система PETS схематично изображена на рис. 3.1. Также эта система используется для тестирования метакогнитивных убеждений, таких как убеждение в неконтролируемости руминации, убеждение, что мысли могут приносить вред и убеждение, что беспокоиться полезно.

Первая стадия — это подготовка (preparation, P). На ней происходит фокусировка на целевой метакогниции, которую необходимо оспорить. Она включает изучение доводов в пользу метакогниции и поведенческих копинг-стратегий, препятствующих ее неподтверждению. Также, на этой стадии происходит оценивание убеждения. Затем делается предсказание о том, что произойдет, если поведенческие копинг-стратегии изменятся. Таким образом терапевт предоставляет эксплицитную цель для эксперимента как средства оценки убеждения/мысли.

Следующая стадия — экспозиция (exposure, E). Происходит конфронтация пациента с внутренним событием, которое активирует метакогнитивное убеждение. Например, это может быть конфронтация с телесными ощущениями или мыслями при обсессивно-компульсивном расстройстве (ОКР) или с избегаемыми новостями, которые обычно ведут к мысли, запускающей беспокойство при генерализованном тревожном расстройстве (ГТР).



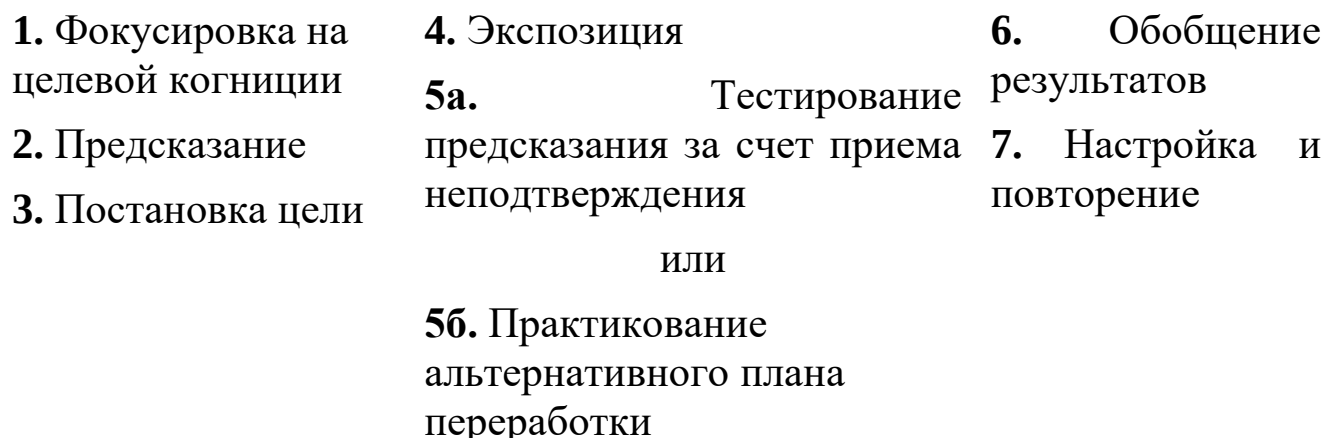


Рис. 3.1. PETS-протокол для поведенческих экспериментов. Адаптировано из Wells, 1997. Copyright 1997 by John Wiley & Sons Limited. Адаптировано с разрешения.

Третья стадия — это тест. Поведение модифицируется таким образом, чтобы оно было четким тестом для предсказания, сделанного пациентом. Например, пациент с ГТР, читая новости о преступлении, начинает беспокоиться сильнее, чтобы протестировать предсказание, что он может утратить контроль над своим рассудком. (На дальнейших стадиях лечения фаза теста часто заменяется фазой практики, в которой пациент тренируется применять альтернативные планы переработки и таким образом усиливать альтернативные стили реагирования.)

Финальная стадия — выводы (summarize, S). Подводятся итоги эксперимента, выясняется их расхождение со сделанным предсказанием. Затем эксперимент уточняется и повторяется для дальнейшего снижения убежденности.

Далее приведен пример эксперимента по PETS-протоколу с пациентом, страдающим ОКР, который был озабочен тем, что будет приставать к детям, если у него будут мысли сексуального характера.

ТЕРАПЕВТ (Т.): Что произойдет, если у вас будут эти мысли?

ПАЦИЕНТ (П.): Ну, ничего не произойдет, если я буду их контролировать.

Т.: Что будет, если вы не станете их контролировать?

П.: Я боюсь, что сделаю что-нибудь.

Т.: Итак, вы убеждены, что пришедшая в голову мысль обладает такой силой, что вы можете начать действовать в соответствии с

ней?

П.: Да, и это отвратительно.

Т.: Насколько вы убеждены в том, что мысль заставит вас поступить плохо?

П.: На 60%.

Т.: Если я попрошу вас подумать эту мысль прямо сейчас, будете ли действовать в соответствии с ней?

П.: Нет, потому что я не нахожусь в опасной ситуации.

Т.: Какая ситуация была бы опасной для вас?

П.: Если бы вы сказали мне проехать мимо школы.

Т.: Хорошо. Итак, мы идентифицировали убеждение, которое есть у вас относительно этих мыслей, и ситуацию, в которой вы можете его протестировать. Вы должны оспорить это убеждение относительно мыслей, что преодолеть свою тревогу. Ваше домашнее задание таково: вы должны проехать мимо школы и намеренно вызвать у себя эти мысли. Так вы узнаете, что это — лишь только мысли и они не важны. Есть ли школа, подходящая для того, чтобы попробовать?

П.: Да, я знаю все школы в округе, так как я стараюсь их избегать.

Т.: На следующей сессии мы посмотрим, как прошел эксперимент.

В этом примере мы можем выделить следующие компоненты PETS:

Р = Установление целевой метакогниции: «Мысли заставят меня действовать в соответствии с ними».

Проведена оценка убеждения (60%).

Идентифицирована ситуация.

Изучены привычные поведенческие копинг-стратегии как источник альтернативной тестовой стратегии, заключающейся в их изменении на противоположность (напр., изменение

стратегии контролирования мыслей и избегания). Установление предсказания («Давайте посмотрим, будете ли вы действовать в соответствии с ними»).

Е = Экспозиция: проехать мимо школы, чтобы вызвать мысли и активировать убеждение.

Т = Запрещение контроля над мыслями и вместо этого их намеренное усиление.

С = Переоценка убеждения на следующей сессии и уточнение эксперимента по необходимости.

Здесь стадия выводов переносится на следующую сессию, поскольку эксперимент был запланирован в качестве домашнего задания. В других ситуациях с проведением эксперимента, включая стадию выводов, можно уложиться в одну терапевтическую сессию. Некоторые сессии включают несколько экспериментов подобного рода.

Заключение

В этой главе были описаны некоторые фундаментальные навыки, необходимые для проведения МКТ. Каждый из этих навыков являет собой пример работы на метакогнитивном уровне в лечении, использования сократовского диалога и применения специфических стратегий изменения. Эти базовые навыки будут отражены в материале, представленном в главах книги, посвященных конкретным расстройствам.

Терапевт, использующий в своей работе МКТ, должен иметь четкое представление о метакогнитивных уровнях работы и должен быть способен идентифицировать дезадаптивные процессы и метакогнитивные убеждения. Решающим фактором является способность переводить терапевтический процесс в метакогнитивную плоскость и уходить от обычной когниции.

Терапевт может использовать базовые техники когнитивной терапии. Однако, он должен применять их как дополнительные по отношению к метакогнитивной модели, руководствуясь принципом экономии. Сократовский диалог должен

использоваться для изучения CAS и дезадаптивных метакогнитивных убеждений, а также для социализации в метакогнитивную модель. Он должен использоваться для оспаривания метакогнитивных убеждений и сочетаться с соответствующими поведенческими экспериментами.

Необходимо настраивать экспозицию в МКТ таким образом, чтобы она способствовала изменению метакогнитивных убеждений или позволяла манипулировать стилями переработки, поддерживающими адаптационное научение — тогда ее использование будет оптимальным.

Глава 4.

Техники тренировки внимания

Эта глава предлагает введение в метакогнитивные терапевтические техники, которые прямо модифицируют контроль внимания. В предыдущих главах мы видели, что пациентов концептуализуют, как «замкнувшихся» на непродуктивных паттернах мышления, которых им сложно контролировать. Метакогнитивная модель предполагает, что при психическом расстройстве контроль внимания становится ригидным, так как внимание связано с персеверативной, самосфокусированной, основанной на беспокойстве переработке и с мониторингом угроз. Переключение внимания с такой активности должно служить средством прерывания CAS и усиления метакогнитивных планов для контролирования когниции (улучшения гибкого исполнительского контроля).

В этой главе я представляю терапевтическое руководство для одной конкретной стратегии, называемой техникой тренировки внимания (attention training technique, ATT). Далее в главе я расширю дискуссию ради краткого рассмотрения другой стратегии под названием «ситуативная рефокусировка внимания» (situational attention refocusing, SAR). Эти две техники имеют различные цели в рамках метакогнитивного терапевтического подхода. Важно отметить, что никакая стратегия не является средством отвлечения от внутренних событий или средством управления или избегания эмоций. Использование отвлечения в психотерапии обычно включает переключение внимания на нейтральные или позитивные стимулы в качестве средства ослабления внимания к болезненным, эмоциональным или угрожающим стимулам и таким образом уменьшения интенсивности реагирования на них. ATT и SAR не включают переключение внимания на нейтральные или позитивные стимулы для контроля или избегания субъективных переживаний. Вместо этого они включают такое переключение внимания, которое усиливает метакогниции, регулирующие мышление, устраняет

непродуктивные стили мышления, которые препятствуют нормальной эмоциональной переработке и модифицирует убеждения.

Обзор АТТ

АТТ была разработана с целью создать процедуру, которая могла бы воздействовать на несколько параметров CAS и на управляющие им метакогниции. В первом опубликованном на эту тему исследовании было доказано положительное влияние АТТ в случае панического расстройства (Wells, 1990). В том исследовании первоначальной целью было использование техники, которая могла бы прерывать избыточное и негибкое самосфокусированное внимание. Внимание такого рода, сосредоточенное на себе, является ключевой составляющей беспокойства/руминации и мониторинга угроз (напр., внимание к телесным событиям при панике), которые, в свою очередь, являются центральными компонентами CAS.

Важный вопрос при разработке АТТ касался аспекта внимания, который нужно изменить для того, чтобы прервать CAS и повысить метакогнитивную гибкость. Внимание носит многоаспектный характер и может быть подразделено на такие аспекты, как избирательность, переключение, параллельная переработка и требуемый объем. АТТ была разработана с учетом этих параметров, равно как и того, как техника может быть сопряжена с целями пациента.

Несколько характеристик техники были теоретически обоснованы и уточнены на стадии разработки. Важно, чтобы она занимала внимание и объем необходимого для нее внимания не уменьшался сильно с практикой, иначе она не сможет систематически усиливать процессы контроля. Она должна включать внешнюю переработку материала, не релевантного для самого пациента, чтобы она прерывала персеверативную самосфокусированную переработку. Она не должна применяться пациентом в качестве отвлечения, избегания или стратегии управления симптомами, поскольку это может усиливать дисфункциональный самосфокусированный контроль и ошибочные убеждения о внутренних событиях.

Первоначальные попытки создать эффективную технику базировались на использовании стратегий зрительного внимания, но результаты были слабыми. Следующая попытка включала разработку процедуры слухового внимания, требующей пространственного распределения внимания. Эта процедура была положена в основу АТТ.

АТТ состоит из трех компонентов: 1) избирательное внимание; 2) быстрое переключение внимания; и 3) распределенное внимание. Каждый компонент практикуется в едином интегрированном упражнении. Процедура продолжается примерно 12 минут и делится приблизительно на следующие периоды: 5 минут на избирательное внимание, 5 минут на переключение внимания и 2 минуты на распределенное внимание.

При *избирательном внимании* пациента инструктируют направлять внимание на конкретные звуки из ряда одновременно исходящих из разных мест помещения и за его пределами звуков, интенсивно сосредоточиваться на них и не давать себя отвлечь другими звуками.

При *быстром переключении внимания* пациента инструктируют переключать внимание между конкретными звуками (и их местоположениями) с возрастающей скоростью. В начале этой фазы разным звукам отводится по 10 секунд, затем скорость переключения увеличивается — пациент должен переключаться на новый звук каждые 5 секунд.

При *распределенном внимании* — коротком конечном этапе АТТ, длящемся 1–2 минуты, — пациента инструктируют расширить и углубить внимание и попытаться обработать несколько звуков и местоположений одновременно.

Процедура проводится таким образом, что она постоянно загружает внимание. Для этой цели необходимо провести тренировочную сессию с использованием множества одновременных звуков. Темп переключения в фазе переключения может меняться. Процедура заканчивается фазой распределенного внимания, так что техника от начала и до конца требует от пациента задействовать большое количество ресурсов.

Пациенту предлагаются (или же он должен их идентифицировать, в зависимости от уровня требований) шесть–девять звуков, идущих из различных местоположений. Некоторые из этих звуков — но не все — являются «потенциальными звуками» и могут быть операционализированы исключительно как положения в пространстве. Во время проведения самого упражнения звук может отсутствовать. Например, пациента просят «фокусироваться на любых самых далеких звуках, которые раздаются с правой стороны». В таком случае внимание уделяется местоположению, вне зависимости от наличия различимых звуков с того направления. Таким образом, техника использует внутреннюю метакогнитивную карту для распределения пространственного внимания, контроля и интенсивности внимания.

Обычная процедура такова: минимум три «настоящих» звука одновременно раздаются из разных мест терапевтического кабинета, еще два звука идентифицируются поблизости от него, но за его пределами, и еще два звука (или местоположения) раздаются издалека (или «раздаются», то есть пациента спросят сосредоточиться на звуке издалека, идущем слева или справа от него, но самого звука при этом нет). Близкая дистанция обычно определяется, как вне кабинета, но в здании, а дальняя дистанция определяется, как вне здания.

Благодаря такому разнообразию параметров, существуют неограниченные возможности для варьирования этой носящей конкретный характер техники на сессиях, что нивелирует привыкание к сложности задачи и предоставляет достаточную гибкость, чтобы АТТ могла быть применена в большинстве контекстов. Также, при проведении АТТ возможно использовать аудиозаписи.

Как правило, пациентов просят сфокусироваться на визуальной точке фиксации и сохранять этот фокус на протяжении всего упражнения. АТТ практикуется, когда участники не пребывают в состоянии тревоги или острого беспокойства. Это указывает на то, что техника не подразумевается как стратегия управления эмоциями. Однако, в случае депрессии она неизбежно

применяется при хроническом подавленном настроении, но даже и тогда она не нацелена и не используется для немедленного облегчения состояния грусти.

Обоснование АТТ

Вызывающее доверие и надлежащее обоснование — важный компонент АТТ. Оно повышает согласие с процедурой и домашними заданиями. Также, оно формулирует технику таким образом, какой нейтрализует воздействия некоторых непродуктивных процессов. Конкретнее, обоснование подчеркивает, что целью техники не является достижение «очищенного разума», свободного от интрузивных внутренних переживаний. Аналогичным образом, обоснование противодействует использованию активного подавления мыслей.

Компоненты обоснования делают акцент на том, что внутренние события, вторгающиеся в сознание, должны рассматриваться как побочный шум, а потому противиться им не нужно. Это способствует переходу в метакогнитивный режим и в состояние отстраненной осознанности.

Нереалистичные ожидания и предположения о технике должны быть выявлены и рассмотрены до перехода к практической части. Частое заблуждение пациентов заключается в том, процедура должна «блокировать» нежелательные мысли и чувства. Терапевт должен подчеркнуть, что нежелательные интрузивные переживания должны рассматриваться как побочный шум. Терапевт должен указать, что желательно осознавать эти интрузии и продолжать направлять внимание в соответствии с выданными инструкциями, невзирая на это осознание.

В зависимости от конкретного расстройства обоснования слегка видоизменяются, что соответствует разной природе CAS при каждом расстройстве (см. Wells, 2000), однако все они основываются на обобщенном обосновании, которое может быть выражено следующим образом:

«Тревога и депрессия — это неприятные эмоциональные переживания, которые сигнализируют о какой-либо угрозе или потере. Они становятся устойчивыми и проблемными, когда люди

реагируют на них, меняя свой паттерн внимания и мышления. Большинство людей не осознают, что их внимание замкнулось на непрекращающихся мыслях о них самих, об их чувствах. Этот процесс затягивается и вызывает негативные эмоции и негативные убеждения о себе. К сожалению, люди обычно не осознают этот процесс и его сложно бывает остановить. Вы увидите, какое неблагоприятное воздействие оказывает заикливание на своих симптомах и мыслях о себе, если подумаете о том, что происходит, когда что-то прерывает этот процесс. Когда вы оказываетесь в чрезвычайной ситуации, затрагивающей кого-то еще, что происходит с вашей тревогой/грустью? Тогда вы замечаете, что вам временно стало лучше, но проблема вновь возникает, когда ваше внимание возвращается к непродуктивному паттерну самофокусирования.

Важно сознательно следить за тем, куда направлено ваше внимание и усиливать контроль над ним. Тогда оно перестанет привычно возвращаться на непродуктивные паттерны раздумий о себе и своем теле. Вы научитесь технике, которая называется тренировкой внимания, и которая поможет вам освободиться от старых и непродуктивных паттернов мышления.

Цель техники — не в том, чтобы отвлечь вас от тех мыслей или эмоций, которые вас огорчают. Они наверняка возникнут, пока вы будете выполнять упражнение. Не пытайтесь остановить их. Ваша цель — продолжать следовать процедуре, позволив этим внутренним переживаниям позаботиться о себе самостоятельно. Думайте о них, просто как о побочном внутреннем шуме».

Проверка доверия

В ходе представления обоснования терапевт производит проверку надежности, чтобы определить, до какой степени пациент уверен в том, что техника ему поможет. Должен использоваться следующий вопрос:

«Как вы думаете, насколько полезной окажется для вас эта техника? Не могли бы вы назвать цифру по шкале от 0 до 100, где 0 — совершенно бесполезна, а 100 — очень полезна?»

Низкая степень доверия (напр., ниже 30) должна быть исследована, а обоснование для АТТ должно быть усилено. Терапевт повышает доверие пациента, изучая переживания, которые были у пациента, когда он был сильно сфокусирован на себе, и привлекая его внимание к тому воздействию, которое это

оказывало на его мысли и убеждения. Это можно сопоставить с позитивными эффектами состояния увлеченности какой-либо деятельностью, имеющей внешний фокус, и проиллюстрировать тем самым роль внимания и важность усиления контроля над ним.

Оценочная шкала внимания, направленного на себя

Оценочная шкала внимания, направленного на себя, — это важный показатель эффективности процедуры в плане противодействия CAS (вспомните, что направленное на себя внимание является характерным признаком и маркером CAS). Семибалльная оценочная шкала используется для измерения уровня и изменения направленного на себя внимания. Данная шкала представлена ниже, а также содержится в приложении 5.

«Прямо сейчас, насколько ваше внимание сфокусировано на самом себе или на внешнем окружении? Пожалуйста, укажите нужную цифру на шкале».

–3	–2	–1	0	+1	+2	+3
Полностью сфокусировано на внешнем			Поровну		Полностью сфокусировано на себе	

Терапевт оценивает степень самосфокусированного внимания до первой практики АТТ на сессии и затем сразу после практики. Как правило, редукция фокусирования на себе, по меньшей мере, на 2 балла достигается уже после первой практической сессии. Если этого не произошло, терапевт исследует возможные причины отсутствия позитивных изменений и сосредоточивается на работе с ними.

Среди причин отсутствия значимых изменений могут быть недостаточные усилия из-за низкого доверия к обоснованию или использование контрпродуктивных стратегий при выполнении упражнения, таких как подавление мыслей, мечтания и перенаправление внимания на беспокойство. В таких случаях

обоснование должно быть усилено; необходимо подчеркнуть, что задача на внимание имеет приоритет перед остальными претендующими на него процессами. Затем упражнение выполняется еще раз.

Основные инструкции для АТТ

Набор инструкция для применения АТТ предоставлен далее. В инструкциях различные звуки обозначены, как 31, 32, 33 и т. д. По меньшей мере три из этих звуков являются отдельными постоянными звуками, в то время как другие обозначенные звуки зачастую являются только местоположениями, из которых никаких звуков не исходит. Данные инструкции представляют собой обновленную версию инструкций, опубликованных ранее в Wells, 2000, с. 145–146.

«Я хочу, чтобы вы направили взгляд на точку, которую я разместил на стене. Во время выполнения упражнения старайтесь не отрывать взгляда от этой точки. Я попрошу вас сконцентрировать внимание на различных звуках в этой комнате и за ее пределами. Я попрошу вас концентрировать внимание различными способами. Неважно, если вам в голову будут приходить мысли и чувства. Цель — практиковаться в концентрации внимания, вне зависимости от того, чем наполнено ваше сознание.

Сначала сконцентрируйтесь на звуке моего голоса (31). Уделите этому звуку пристальное внимание. Все остальные звуки не имеют значения. Постарайтесь сосредоточить все свое внимание на звуке моего голоса. Игнорируйте все другие звуки вокруг вас. Вы будете их слышать, но пытайтесь сосредоточить все свое внимание на звуке моего голоса. Фокусируйтесь только на звуке моего голоса. Все остальные звуки не имеют значения. Сосредоточьтесь только на этом звуке.

Теперь переключите внимание на звук, который получается, когда я постукиваю по столу (32). Уделите этому звуку пристальное внимание, никакие другие звуки не важны (*пауза*). Постарайтесь полностью сосредоточиться на звуке стука (*пауза*). Внимательно слушайте звук стука (*пауза*). Если вы почувствовали, что внимание рассеивается или переключается на другой звук, заново сконцентрируйтесь на звуке стука (*пауза*). Никакие другие звуки не имеют значения. Уделите этому звуку все свое внимание (*пауза*). Продолжайте слушать этот звук, а, если вы отвлеклись, снова возвращайтесь к нему (*пауза*).

Теперь сконцентрируйтесь на звуке (33; напр., *тиканье таймера*) (*пауза*). Уделяйте этому звуку самое пристальное внимание, все прочие звуки не важны (*пауза*). Постарайтесь полностью сосредоточить свое внимание на звуке таймера (*пауза*). Внимательно слушайте звук, который издает таймер (*пауза*). Если вы почувствовали, что внимание рассеивается или переключается на другой звук, заново сконцентрируйтесь на звуке таймера (*пауза*). Все прочие звуки не имеют значения. Уделите этому звуку все свое внимание (*пауза*). Продолжайте слушать этот звук, а, если вы отвлеклись, возвращайтесь к нему так быстро, как можете (*пауза*).

Теперь сосредоточьте свое внимание на звуках, которые могут быть слышны вне кабинета, но неподалеку от него. Сосредоточьтесь на пространстве вне кабинета и позади вас (34). Уделите этому пространству самое пристальное внимание и попробуйте обнаружить звуки, которые можно услышать [если это конкретные звуки, терапевт обращает на них внимание пациента]. Даже если никаких звуков нет, продолжайте концентрировать внимание на этом пространстве. Попробуйте сосредоточить на нем все свое внимание (*пауза*). Внимательно слушайте доносящиеся оттуда звуки (*пауза*). Если вы почувствовали, что внимание рассеивается или переключается на другой звук, заново сконцентрируйтесь на этом месте. Все прочие звуки не важны. Сконцентрируйте все свое внимание на том месте и на том, какие звуки оттуда могут доноситься. Продолжайте слушать, а, если вы отвлеклись, снова сосредоточьтесь на нем (*пауза*)».

Изложенные выше инструкции повторяются для дополнительных звуков (35–7) и/или для пространств (напр., слева, справа, в отдалении).

«Теперь, когда вы потренировались фокусироваться на конкретных звуках и местоположениях в пространстве, я попрошу вас быстро переключать внимание между ними по мере того, как я буду их называть (*пауза*). Прежде всего, сосредоточьтесь на звуке стука (32), все прочие звуки не важны (*пауза*). Переключите внимание и сосредоточьтесь на том, что можете услышать сзади себя поблизости от кабинета (34) (*пауза*). Уделяйте пристальное внимание (34), все прочие звуки не важны. На сей раз переключите внимание на звук таймера (33) (*пауза*). Теперь переключитесь на звук стука и сосредоточьтесь на нем (32) (*пауза*). Теперь сосредоточьтесь на (36) (*пауза*), теперь на звуке (35) (*пауза*), (34) ... (32)... (33)... и т. д.

Наконец, я хочу, чтобы вы расширили свое внимание. Сделайте его настолько широким и глубоким, как только возможно. Попробуйте уловить все звуки и отследить все местоположения одновременно. Попробуйте сосредоточиться на всех звуках в кабинете и вне его в одно и то же время (*пауза*). Про себя сосчитайте количество звуков, которые вы распознали одновременно (*пауза*). Попробуйте услышать все одновременно. Сосчитайте количество звуков, которые удалось услышать.

На этом упражнение закончено. Сколько звуков вы смогли услышать в одно и то же время?»

Обратная связь от пациента

Вслед за проведением описанной ранее процедуры терапевт просит пациента еще раз оценить интенсивность самофокусирования по биполярной оценочной шкале. Уменьшение на 2 балла типично для первой сессии. Недостижение этого уровня изменений является показателем возможных трудностей, которые необходимо изучить. В таком случае АТТ необходимо повторить, предварительно скорректировав ее должным образом.

Неспособность уменьшить самофокусирование может быть вызвана неправильным пониманием обоснования АТТ. В частности, пациенты могут пытаться контролировать или подавлять мысли, или могут распределять внимание между беспокойством/руминацией и внешними стимулами. Некоторые пациенты неохотно отказываются от своих ментальных стратегий контроля, что необходимо для полного включения в АТТ. В подобных обстоятельствах страхи по поводу подобного сдвига стратегии должны быть исследованы и оспорены.

Также, терапевт спрашивает об общих переживаниях, явившихся результатом АТТ. Техника может вызывать некоторые перцептивные изменения, например умеренную и временную чувствительность к внешним стимулам и метакогнитивные переживания, непривычные для пациентов, например переживания временного состояния ментальной неактивности, которое вскоре нормализуется.

Наконец, терапевт должен спросить, насколько легко пациенту было выполнять данную технику. Терапевт должен сказать, что

техника задумана, как требующая много внимания и практики. Важнее всего, чтобы терапевт обращал внимание на утверждения, указывающие на непродуктивные предположения о применении АТТ. Например, некоторые пациенты придерживаются мнения, что не смогли эффективно выполнить процедуру, так как во время нее у них были интрузивные мысли или чувства. Здесь, как правило, терапевт еще раз подчеркивает, что цель техники — не убрать осознание внутренних событий, а тренировать способность контролировать внимание определенным образом. Одна из стратегий состоит в том, чтобы терапевт предположил, что полезно переживать интрузивные мысли и чувства во время выполнения упражнения, так как они обычно забирают себе внимание, а целью является добиться гибкого контроля даже в присутствии «внутренних шумов».

Домашние задания

Неотъемлемый и важнейший компонент АТТ — это постоянная практика техники, выполняемая в рамках домашних заданий. Как правило, пациентов просят тренироваться дважды в день, но в реальности большинство пациентов в состоянии тренироваться один раз в день. Упражнение должно продолжаться примерно 12 минут, с соблюдением той же последовательности, что и на сессии. Сводная таблица по технике АТТ приведена в приложении 4, в качестве памятки о том, как выполнять упражнение и как отслеживать результаты домашних заданий.

Сводная таблица по технике АТТ подлежит обсуждению с пациентом, в ходе которого идентифицируются или выдаются или записываются три потенциальных источника звука, что повышает согласие. Например, один пациент решил поставить радиоприемник в комнату для гостей в своем доме, которую отвел для своих занятий, и настроил его между радиостанциями, чтобы тот генерировал шум. Он решил, что поставит какую-нибудь музыку на проигрывателе в примыкающей комнате, но не мог придумать, какой еще источник звука взять. После короткого обсуждения с терапевтом он решил купить механический кухонный таймер в качестве еще одно производящего шум устройства. Для остальной части процедуры он решил

использовать случайные звуки, доносящиеся с улицы. Как правило, на первых АТТ-сессиях терапевт заполняет сводную таблицу по технике АТТ совместно с пациентом.

Устранение проблем

Периодически при проведении АТТ наблюдаются неудачи. Некоторые наиболее распространенные проблемы и их возможные решения описаны далее.

Неспособность тренироваться

Используйте сводную таблицу по технике АТТ для повышения количества тренировок. Регулярные неудачные тренировки могут объясняться плохой социализацией и недостаточным пониманием причин, по которым применяется техника. Если подозревается именно эта причина, терапевт должен продолжить работать над социализацией.

Мотивация к продолжению CAS

Некоторые пациенты практикуют АТТ, но рассматривают ее как нечто мешающее их предпочитаемой стратегии руминации/беспокойства. Таким образом, мотивация к сохранению беспокойства, как компонента CAS, остается. Есть два способа продолжения реализации стратегии. Во-первых, беспокойство или руминация может продолжаться параллельно с выполнением АТТ таким образом, что индивид не концентрируется на звуках в течение длительных периодов времени, поскольку его ресурсы заняты мыслями о нем самом. Во-вторых, индивид может рассматривать АТТ как скучное занятие, которое нужно поскорее закончить, чтобы вновь сфокусироваться на мыслях о проблемах.

В подобных ситуациях необходимо рассмотреть недостатки беспокойства и руминации и помочь пациенту увидеть, как эти стратегии не решали проблемы в прошлом, и не решат их в будущем. Терапевт должен предложить стратегии, откладывающие беспокойство и руминацию (см. главы 6 и 9) в сочетании с АТТ.

Неправильное использование в качестве избегания или

КОНТРОЛЯ СИМПТОМОВ

Пациент может применять АТТ в качестве прямого средства для избегания эмоций и ложной угрозы. Было обнаружено, что некоторые пациенты неправильно используют технику как форму отвлечения от эмоций, как средство контроля тревоги или паники или как средство подавления навязчивых мыслей. Терапевт должен выявлять такие случаи и укреплять пациента в идее, что технику нельзя использовать в качестве копинг-стратегии. В таких обстоятельствах бывает полезно воспользоваться метафорой, чтобы донести идею о том, АТТ является средством общей «тренировки психического здоровья», а не формой избегания.

Нежелательно использовать АТТ в качестве копинг-стратегии, так как подобное применение превращает ее в форму когнитивного или эмоционального избегания, что представляет проблему, поскольку препятствует эмоциональной переработке и поддерживает ошибочные негативные убеждения об опасности и последствиях мыслей и эмоций. Более того, отсутствие катастрофы (напр., обморока из-за тревоги) может быть ошибочно приписано применению АТТ, а не тому факту, что тревога не вызывает катастрофу. Вследствие этого механизма ошибочные убеждения с большей вероятностью сохранятся.

План первой АТТ-сессии

Первая АТТ-сессия должна проходить по определенному плану, изложенному далее, и быть наполненной определенным содержанием.

1. Проанализируйте характер проблемы пациента, подчеркнув роль тяжело поддающейся контролю саморефлексии для поддержания проблем.
2. Представьте обоснование для АТТ, используя идиосинкразический материал.
3. Проведите социализацию, проиллюстрировав роль самофокуса в форме беспокойства и самомониторинга. При необходимости используйте эксперимент социализации, показывающий негативную роль внимания, направленного

на себя.

4. Проверьте уровень доверия к обоснованию. При необходимости предпримите шаги для улучшения социализации.
5. Оцените актуальный уровень самофокусирования.
6. Проведите АТТ (первая сессия проводится под руководством терапевта).
7. Повторно оцените уровень самофокусирования и получите обратную связь.
8. Проанализируйте сводную таблицу по АТТ вместе с пациентом (см. приложение 4) и составьте список звуков.
9. Дайте домашнее задание.
10. Получите обратную связь и попросите пациента подвести итоги сессии.

Последующие АТТ-сессии

Последующие сессии должны начинаться с анализа домашнего задания, результаты которого отражены в сводной таблице по АТТ. Любые возникшие проблемы должны быть обговорены и разрешены. Затем на сессиях продолжается применение техники АТТ под руководством терапевта.

Терапевт изучает конкурирующие за внимания процессы, влияющие на результаты АТТ, такие как самопроверка, беспокойство и руминация, любые попытки отслеживать и контролировать внутренние переживания. Пациенту поясняют, что эти процессы несовместимы с эффектами тренировки внимания и просят отказаться от них. Например, терапевт вводит идею, что проверка телесных ощущений и беспокойство препятствуют достижению эффективного уровня ментального контроля и ментальной гибкости, поскольку они замыкают внимание на хорошо знакомых и давних паттернах реакции, которые делают упор на угрозы, а не на установление контроля над вниманием.

Пример случая

При ипохондрии концептуальный компонент CAS наблюдается в форме беспокойства касательно симптомов и руминации, связанной с их возможной значимостью, и их причинами. Мониторинг угроз проявляется в форме ментального сканирования тела на предмет наличия признаков и симптомов, физической проверки частей тела (напр., пальпация живота), проверке физических и умственных функций (напр., проверка памяти на имена) и поиске информации о симптомах. Непродуктивные поведенческие копинг-стратегии, такие как избыточный отдых, избегание физической деятельности, прием ненужных лекарств, меняющих функционирование организма, попытки контролировать автоматические физиологические функции (напр., дыхание), а также избегание медицинской информации также можно легко выявить.

Мужчине 43-х лет, с ипохондрией и паническими атаками была предложена техника АТТ. Пациент описал ряд симптомов неустановленной этиологии, среди которых были: боли в животе, боли в груди, аритмия, головокружения и чувство нереальности (диссоциация). На тот момент основными беспокоящими его симптомами было чувство нереальности и боли в груди. Он многократно проходил медицинские обследования, которые ничего не выявили. Несмотря на это он беспокоился о том, что анализы были неправильные, и что у него пропустили серьезное заболевание.

Терапевт предложил попробовать технику тренировки внимания для определения того, может ли он сократить свою избыточную телесно-сфокусированную рефлексию. Терапевт объяснил, что пациент тревожится о состоянии своего здоровья и чрезмерно озабочен телесными ощущениями. Терапевт указал, что подобная тревога и чрезмерная озабоченность являются примером измененного восприятия собственного тела, которое может быть причиной возникновения дополнительных симптомов, которые нужно проконтролировать, прежде чем задуматься о новом медицинском обследовании. Роль этих процессов была проиллюстрирована посредством вопроса

пациенту о том, что происходит с его тревогой, когда он фокусируется на своем теле («В таком случае вы замечаете свои симптомы больше или меньше?»). Также терапевт проанализировал, что происходит с симптомами пациента, когда он сильно беспокоится о своем здоровье. Затем проводилось сопоставление этого анализа с тем, что происходит с тревогой, когда пациент увлечен работой. Состоялось продуктивное обсуждение того, как пациент будет проводить ментальную проверку своего тела после того, как заметит, что некоторое время не фокусировался на своих симптомах, и эта информация также указала на роль измененного восприятия тела.

Терапевт провел эксперимент социализации, чтобы показать, как направленное внимание изменяет восприятие тела и как это может повлиять на последующее восприятие. Пациента попросили сфокусироваться на восприятии кончиков пальцев и описать, возникают ли какие-либо ощущения. Пациент описал ощущение покалывания. Затем терапевт попросил его осознавать кончики пальцев, но блокировать это ощущение. Пациент обнаружил, что не может одновременно и осознавать кончики пальцев, и блокировать ощущение покалывания. Таким образом терапевт помог пациенту понять, как сосредоточение внимания на теле и постоянная концентрация на ощущениях могут замыкать внимание и менять последующее восприятие.

Далее была использована еще одна техника социализации, посредством которой терапевт проиллюстрировал роль того, как придание вещам значимости замыкает на них внимание. Пациента спросили, не заметил ли он одну странность, после того как приобрел последний автомобиль: как будто количество автомобилей этой марки на улицах сразу заметно возросло. Это наблюдение было использовано как пример того, что когда вещи или события (например, автомобили, а в случае пациента — симптомы) приобретают значимость для нас лично, мы начинаем замечать их чаще, хотя в реальности ничего не изменилось. При обосновании АТТ был сделан акцент на том, что восстановление контроля над вниманием и снижение беспокойства и значимости, придаваемой симптомам, позволит телесному восприятию вернуться в нормальное состояние.

АТТ-техника практиковалась в течение восьми терапевтических сессий. На третьей сессии терапевт предложил стратегию откладывания беспокойства и проинструктировал пациента блокировать телесную самопроверку в обязательном порядке. Другими словами, его попросили перестать проверять пульс и сканировать тело на предмет возможных проблем, что он обычно делал несколько раз в день.

На поздних сессиях терапевт работал над оспариванием позитивных метакогнитивных убеждений пациента о важности сосредоточения на физических симптомах и беспокойства о них. В данном случае АТТ стала существенным компонентом метакогнитивной терапии ипохондрии.

Ситуативная рефокусировка внимания

Ситуативная рефокусировка внимания (SAR) — это техника модификации внимания, используемая в метакогнитивной терапии, и ее цели и характер отличаются от таковых техники АТТ. SAR нацелена не на исправление исполнительского контроля и прерывание персеверативной переработки, а на эксплицитное повышение переработки информации, несовместимой с дисфункциональными убеждениями пациента (напр., при лечении социальной фобии). Кроме того, техника используется для противодействия мониторингу внешних угроз на поздних стадиях МКТ при лечении ПТСР.

Эту технику следует применять в стрессовых или проблемных ситуациях в качестве средства настройки переработки таким образом, чтобы она способствовала развитию адаптивных оценок и убеждений. Это не копинг-стратегия, направленная на предотвращения эмоций или устранение угроз; она применяется как средство устранения непродуктивных аттентивных паттернов, поддерживающих нереалистическое чувство угрозы, и как средство повышения притока в сознание новой информации, модифицирующей убеждения.

Эта техника была включена в лечение социальной фобии (Clark & Wells, 1995; Wells & Papageorgiou, 1998a) и в лечение посттравматического стресса (Wells & Sembi, 2004b). Например, Уэллс и Папагеоргиу (Wells & Papageorgiou, 1998a) просили

индивидов с социальной фобией на экспозиционной сессии конфронтировать с вызывающей страх социальной ситуацией, одновременно фокусируя внимание на внешних характеристиках социального окружения, например на цвете волос или глаз других людей. Эти условия были сравнены с чисто экспозиционной сессией со стандартной целью габитуации. Экспозиция плюс SAR более эффективно уменьшала негативные убеждения, снижала тревогу и меняла образ Я пациентов после выполнения.

SAR может быть использована эксплицитно для модификации убеждений и включена в поведенческие эксперименты. Например, индивиды с социальной фобией часто убеждены в том, что на них все смотрят. Хотя они утверждают, что очень хорошо чувствуют это внимание, на самом деле это восприятие происходит не от взглядов других людей, а от чувства самоосознания. (*Обратите внимание:* переработка пациента настроена неправильно и не приводит к обнаружению правды; это необходимо изменить.)

При лечении очень полезно просить пациентов участвовать в вызывающих страх социальных ситуациях и при этом активно фокусироваться на других людях, чтобы определить, сколько людей на самом деле на них смотрят. Далее пациента инструктируют совершить намеренную ошибку (напр., что-нибудь уронить) или выказать признаки тревоги, продолжая фокусироваться на остальных, чтобы выяснить правду о реакции других на него в негативных условиях. Такие случаи, когда неудачная активность сочетается с SAR, являются примером неподтверждающих приемов, или «тестов», в поведенческих экспериментах, как было описано в главе 3, поскольку они активно оспаривают предубеждения и убеждения.

При ПТСР пациенты развивают сверхбдительность к угрозам и фокусируют внимание на аспектах окружения, которые могут представлять опасность, пытаясь таким образом свести опасность к минимуму. К сожалению, это повышает ощущение грозящей опасности и уязвимости пациента, поддерживая его тревогу. SAR состоит в том, что пациентов просят замечать

случаи мониторинга угроз и прекращать это делать в ситуациях, напоминающих им о травме. Переработка уравнивается и возвращается к более нормальному состоянию, когда индивидов просят фокусироваться на нейтральных или *безопасных сигналах* окружающей среды, а не противодействовать искажениям и тренировать адаптивный план контроля внимания. Например, одна пациентка отслеживала все превышающие скорость автомобили, когда приближалась к перекрестку, поскольку боялась опять попасть под машину. Ее попросили высматривать автомобили, которые замедляют скорость или стоят на месте. Она быстро поняла, что стратегия поиска опасности заставляла ее игнорировать актуальную ситуацию и узнала, что перекрестки, как правило, безопасны, а не, как правило, опасны.

Заключение

В этой главе я описал назначение и природу прямых стратегий модификации внимания, являющихся компонентом метакогнитивной терапии. АТТ в целом рассматривается как компонент общего терапевтического набора процедур МКТ, однако согласно данным, она может быть очень эффективна и в том случае, когда применяется отдельно (см. главу 10).

АТТ и SAR имеют различные цели. АТТ была создана для повышения исполнительского контроля и прерывания персеверативной самосфокусированной переработки, а SAR нацелена на улучшение доступа к неподтверждающей информации и на коррекцию аттентивных стратегий, которые являются контрпродуктивными в ситуациях (напр., она модифицирует такой аспект CAS, как мониторинг угроз).

Стратегии модификации внимания — это эффективные стратегии, которые влияют на метакогницию. Вероятно, что они усиливают планы для контролирования и управления происходящей в режиме реального времени переработкой и повышают гибкость когнитивного контроля, который нарушен при психическом расстройстве. Разработка и исследование аттентивных стратегий, основанных на теории, привлекающей внимание к причинным механизмам и механизмам изменения в психопатологии, открывает богатые возможности для новых

терапевтических методик. Как показано в этой главе, изменение внимательных процессов может далеко выходить за рамки обыкновенного отвлечения внимания. В МКТ оно нацелено на модификацию центральных процессов контроля, изменение непродуктивных стилей переработки и улучшение доступа более адаптивной информации к сознанию, которая может менять наши знания о мире и о себе. В SAR манипуляция вниманием — это базис для применения метакогнитивной экспозиции. Цель — контролировать когницию таким образом, который способствует приобретению стратегий переработки, поддерживающих доступ к корректной информации.

Метакогнитивный подход подчеркивает роль функций контроля при лечении психических расстройств. Постулируется, что их можно усилить благодаря применению внимательных техник, таких как АТТ. Улучшенный гибкий контроль внимания позволяет индивиду изменять свои убеждения и адаптивно перерабатывать угрожающий материал (напр., критику, интрузивные мысли) и изменять эмоциональную переработку без запуска полноценного CAS. (Запись АТТ доступна на сайте www.mct-institute.com.)

Глава 5.

Техники отстраненной осознанности

Концепция отстраненной осознанности (detached mindfulness, DM) была кратко представлена в главе 1. В этой главе я подробно рассмотрю эту концепцию и опишу 10 техник, которые могут быть использованы для тренировки индивидов в быстром и гибком применении этой метакогнитивной стратегии.

DM была первоначально описана Уэллсом и Мэтьюзом (Wells and Matthews, 1994). Она имеет дело с тем, каким образом индивид относится к своей когниции, и с развитием гибкого контроля внимания и гибких стилей мышления. АТТ, рассмотренная в предыдущей главе, предлагает конкретную стратегию, призванную воздействовать на гибкий контроль внимания и улучшать его, а также усиливать способность избавляться от непродуктивных способов отношения к внутренним переживаниям. Техники DM больше сфокусированы на развитии мета-осознания в контексте приостановления концептуальной переработки и отделения Я от когнитивных событий.

В одной из предыдущих работ я описал DM как

состояние осознания внутренних событий без реагирования на них постоянной оценкой, попыток контролировать или подавлять их или реагировать на них поведенчески. В качестве примером можно привести решение не беспокоиться в ответ на интрузивную мысль, а вместо этого позволить мысли занять ментальное пространство без каких-либо дальнейших действий или интерпретаций, зная, что это просто событие в мозге (Wells, 2005b, с. 340).

Как очевидно из названия, DM обладает двумя характеристиками: 1) *осознанностью* и 2) *отстраненностью*. DM состоит из двух характеристик одновременно. Давайте рассмотрим каждый из компонентов по порядку, начав с осознанности.

В DM мы используем понятие «осознанность» для описания состояния осознания внутренних когнитивных событий, а

именно мыслей, убеждений, воспоминаний и чувства знания. Фактически, использование термина «осознанность» означает метакогнитивное осознание мыслей и убеждений, при котором внимание может гибко фокусироваться на этих внутренних переживаниях, без замыкания каком-то одном из них.

Мы используем понятие «отстранение» для указания на два фактора. Первый и самый важный параметр отстранения обозначает отстранение от любого реактивного вовлечения во внутреннее событие. То есть, индивид воздерживается от дальнейшей оценки или от попыток копинга в связи со внутренним событием. Концепция ДМ являет собой полную противоположность САС. Она подразумевает отсутствие любого концептуального и поведенческого вовлечения во внутренние переживания. Она заключается в отказе от беспокойства, руминации, подавления, контроля, мониторинга угроз, избегания и попыток свести к минимуму (несуществующую) угрозу в ответ на когницию.

Второй компонент отстранения включает переживание индивидом внутреннего события как данность, независимую от общего осознания Я (напр., отношение индивида к событию таково, что сознание и событие разделены). Как если бы индивид осознавал свое Я как наблюдатель своей мысли или своего убеждения. Этот компонент отстранения сложнее понять. Приведенный далее пример поможет проиллюстрировать данный конструкт. Пример основан на случае пациента мужского пола с ОКР.

ТЕРАПЕВТ (Т.): Похоже, что вас часто посещают мысли о возможном заражении.

ПАЦИЕНТ (П.): Да, каждый раз, когда я вижу пятно, я думаю: «Там определенно есть какая-то зараза» или «Я заразился».

Т.: Как часто вы ловите себя на том, что снова думаете «Там определенно есть какая-то зараза»?

П.: Я все время думаю об этом, когда вижу пятна.

Т.: Конечно. Но как часто вы останавливаетесь и сознательно

размышляете над тем фактом, что вам снова пришла в голову эта мысль?

П.: Я так не делаю, я сразу действую, чтобы предотвратить вред.

Т.: Значит, первое, что вы можете сделать — это просто остановиться и осознавать наличие мысли. Это называется осознанностью.

П.: Да, но что если это правда?

Т.: Независимо от того, правда это или нет, это по-прежнему всего лишь мысль.

П.: Да, но я не могу ее игнорировать.

Т.: Смысл не в том, чтобы игнорировать мысль. Я хочу, чтобы вы ее осознавали как мысль в своем мозгу, которую можно наблюдать. Я хочу, чтобы вы были наблюдателем своей мысли.

П.: Откуда мне знать, что это только мысль?

Т.: Чем еще она может быть?

П.: Ну, она может быть правдой.

Т.: Правда это или нет, она всегда остается мыслью. Правда это или нет, я бы хотел, чтобы вы отстранились от нее и посмотрели на свою мысль как на отдельное от себя явление.

П.: Не вполне уверен, что понял вас.

Т.: Вы можете подумать мысль «Я заразился» прямо сейчас?

П.: Хорошо.

Т.: Теперь сосредоточьте свое внимание на этой мысли. Не предпринимайте ничего, чтобы поменять ее. Сделайте шаг назад в сознании и посмотрите на свою мысль, сосредоточьтесь на ней так, как будто вы — наблюдатель, смотрящий на мысль в вашей голове. Концентрируйтесь на ощущениях того, каково это — отстраниться от своей мысли. Вы можете наблюдать свою мысль отдельно от чувства Я?

П.: Да, могу.

Т.: Вы сможете отстраняться подобным образом от своих мыслей в будущем?

П.: Да, но мне все равно нужно мыть руки.

Т.: Отстранение от мысли включает наблюдение за ней и откладывание любых действий на потом. Насколько вы сможете отложить мытье рук?

П.: Точно не могу сказать.

Т.: Как насчет того, чтобы отложить мытье рук на один час для начала?

В этом примере терапевт вводит понятие осознанности, которое означает, что пациент должен повысить субъективное осознание наличия мыслей о заражении. Это осознание постепенно образует основу для перехода из *объектного режима*, в котором мысли сливаются с фактами, в *метакогнитивный режим*, в котором мысли являются событиями в мозге. В этом процессе терапевт просит пациента воздержаться от оценки того, является ли мысль фактом или нет, подчеркивая, что она остается мыслью независимо от своей валидности. Основная задача пациента заключается в том, чтобы осознавать мысль как ментальное событие и переживать ее как таковое. Диалог продолжается информацией об отстранении в форме отделения Я от мысли и отсутствия копинг-реакций (напр., откладывание мытья рук на потом).

Цели DM

При использовании DM преследуются несколько целей. Техника может использоваться для переключения пациентов с объектного режима переживания в метакогнитивный режим. Она может использоваться как средство прерывания персеверативной переработки в форме беспокойства и руминации. Она может быть использована для усиления исполнительского контроля за распределением внимания. Также, она позволяет пациентам избежать влияния мыслей на Я-концепцию.

Результаты DM определяются тем, как она применяется, и обоснованием для применения. Настоятельно необходимо, чтобы DM не использовалась как техника эмоционального или когнитивного избегания или как средство предупреждения

последствий, которых пациент ошибочно боится. Например, пациент может неправильно использовать ДМ в качестве средства контроля последствий «опасных мыслей» или противодействия им; подобное неправильное использование поддерживает ошибочное убеждение в том, что мысли могут причинять вред. Если конкретнее, цель не заключается в том, чтобы научиться применять ДМ в качестве еще одной формы дезадаптивной стратегии контроля мыслей. Это не средство избегания мыслей. Техника — это способ нового для пациента отношения к мыслям и их переживания, требующий явного и скрытого бездействия. Это стратегия «ничегонеделания», противоположность копингу и CAS. Вот почему это состояние «отстраненной осознанности». Еще это состояние «отстраненной осознанности» потому, что техника ДМ предполагает отсоединение чувства Я от содержаний сознания, как более глубинного переживания. Последнее особенно полезно, когда мысль или «чувство», вторгающееся в сознание, сливается с Я-концепцией.

Компоненты ДМ

Ранее я писал, что ДМ — это тип внутреннего осознания, происходящий в отсутствие требующей усилий концептуальной переработки. Более конкретно, это такое осознание мыслей, при котором они переживаются как происходящие в мозге события, которые не имеют отношения к реальности и отделены от Я. Поскольку ДМ — это осознание без концептуальной переработки, она требует метакогнитивного контроля аналитических и персеверативных форм мышления. ДМ — это просто осознание без суждения о том, как соотносится Я с ментальным событием. Представляется возможным выделить и концептуализировать следующие психологические компоненты ДМ.

1. Мета-осознание (напр., сознательное восприятие мыслей);
2. Когнитивная децентрация (напр., восприятие мыслей как отдельных от фактов событий);
3. Аттентивное отстранение и контроль (напр., внимание остается гибким, а не привязанным к чему-то одному);

4. Низкая концептуальная переработка (напр., низкий уровень смыслового анализа или внутреннего диалога);
5. Низкий целенаправленный копинг (напр., не используются виды поведения и цели в целях избегания или устранения мнимой угрозы);
6. Измененное само-осознание (напр., особенное осознание своего Я как наблюдателя, отделенного от мыслей и убеждений).

DM: модель переработки информации

Прогресса в разработке полезных техник, связанных с переживанием, вероятнее всего достичь, опередившись на анализ целей и эффектов подобных техник, связанный с информационной переработкой. DM основана на таком подходе. В одной из предыдущих работ я описал требования и эффекты DM-модели переработки информации (Wells, 2005b). Краткое обобщение этой модели приведено далее (см. рис. 5.1.).

DM призвана воздействовать на CAS и на метакогнитивные процессы и знания, которые управляют этим синдромом. DM может быть концептуализирована как действующая на взаимозависимые когнитивные и метакогнитивные подсистемы. Метакогнитивная подсистема состоит из информации о когнициях, хранящихся в библиотеке знаний, или убеждений, которые могут быть вызваны для интерпретации и контроля мыслей. Также, она состоит из модели активностей переработки, идущей в режиме реального времени («онлайн»), которую она отслеживает и контролирует для достижения целей переработки. Отношения между метакогнитивной и когнитивной подсистемами могут быть представлены как поток информации, включающий мониторинг и контроль, как постулировали Нельсон и Наренс (Nelson & Narens, 1990).

Модель когнитивной подсистемы, опирающаяся на метакогнитивную подсистему, строится на мониторинге событий обыкновенной когниции (напр., переработке в режиме реального времени) и определении их будущего статуса в сравнении с референтным стандартом. Она состоит из актуальной

репрезентации статуса обыкновенной когниции по отношению к набору целей. Модель требует не только обратной связи в режиме реального времени от «онлайн»-уровня, но и доступа к знаниям из долговременной памяти.

Подобная детализация компонентов подсистем и отношений между ними ведет к гипотезам о параметрах информационной переработки, которые должны быть соблюдены при DM. В этой модели DM требует наличия следующих условий.

1. Активация нужного знания (планов) для контролирования мышления;
2. Ментальная модель состояния осознанности;
3. Текущий мониторинг и контроль этого состояния;
4. Достаточные аттентивные ресурсы и гибкость исполнительского контроля для возможности проведения DM;
5. Развитие модели Я, отделенной от индивидуальных негативных когниций (убеждений и мыслей).

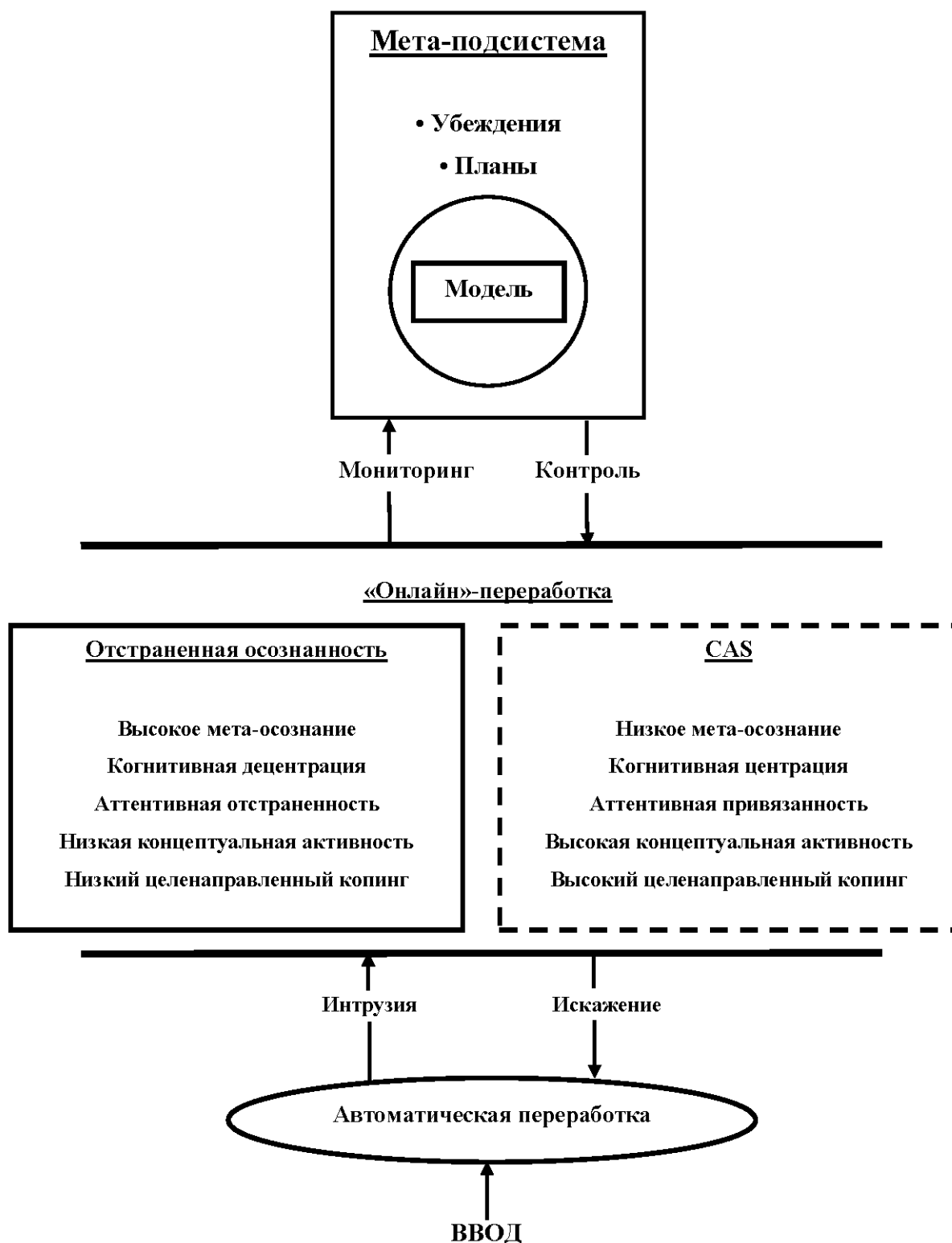


Рис. 5.1. Метакогнитивная модель DM, основанная на модели S-REF. Из Wells, 2005b. Copyright 2006 by Springer Science and Business Media. Воспроизводится с разрешения

Этот анализ характеристик DM и ее требований закладывает основу для разработки специфических DM-техник, базирующихся на теории. Он также означает, что эффекты

различных терапевтических техник могут быть сформулированы в терминах этой исходной модели. Например, идентификация автоматических мыслей с использованием таблицы дисфункциональных мыслей может повышать метакогнитивный мониторинг и способствовать децентрации, укрепляя таким образом навыки метакогнитивного осознания. Тем не менее, этого действия может быть недостаточно для других психологических элементов DM, таких как аттентивная отстраненность, низкая концептуальная переработка и низкий целенаправленный копинг. Процесс опроса пациента, направляющий последнего к рациональному сомнению в мыслях, поддерживает активацию знаний (планов), которые, в свою очередь, поддерживают высокий уровень концептуальной переработки, а это несовместимо с DM.

Модель (см. рис. 5.1.) и условия, установленные для DM, предполагают, что индивиды должны быть в состоянии активировать планы контроля мыслей для достижения желаемого состояния. В некоторых случаях эти планы могут быть нарушенными или недостаточно развитыми, что указывает на потребность сначала провести тренировку для усиления планов контроля (напр., тренировку внимания). Большинство индивидов обладают интеллектуальным пониманием концепта осознанности, но не имеют модели на метакогнитивном уровне, которой можно руководствоваться при переживании этого состояния. Один из способов приобрести такую модель — сфокусированное осознание когнитивных событий (напр., можно попросить пациентов считать мысли, использовать метод свободным ассоциаций — см. далее). Отстранение поддерживается упражнениями, в которых индивиды практикуются 1) приостанавливать активную концептуальную переработку и 2) осознать свое Я, как отделенное от мыслей. Эти факторы также заложены в техниках, описанных далее.

DM и другие формы осознанности

Термин «майндфулнес» («осознанность», или «наблюдение»), широко используется в психологической литературе. Он описывает состояние требующей усилий и сознательно

контролируемой переработки (Shiffrin & Schneider, 1977), состояние, противоположное неосознанности. Неосознанность приравнивается к привычной или автоматической переработке. Подобная формулировка — всего лишь еще один способ разграничить контролируемую и автоматическую переработку. Она не подразумевает метакогниции и сознательного осознания мыслей, как подразумевается в DM.

Гетерогенный характер «майндфулнес» в психологической и терапевтической литературе очевиден в шкалах самоотчетов, разработанных для оценки этого конструкта. Например, Браун и Райан (Brown & Ryan, 2003) разработали Шкалу оценки внимательности и осознанности — Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) для оценки осознанности в повседневной жизни. Многие пункты оценивают тенденцию не замечать информацию и действовать, как на автопилоте (напр., «Я могу испытывать какие-то эмоции, а осознать это лишь какое-то время спустя»: «Обычно я иду быстро туда, куда мне нужно и не уделяю внимание тому, что переживаю по пути»). Эти пункты сходны с другими психологическими концепциями, такими как когнитивные ошибки, регистрируемые Опросником когнитивных ошибок (Cognitive Failures Questionnaire; Broadbent, Cooper, Fitzgerald, & Parkes, 1982), предназначенным для измерения повседневных ошибок в когниции и деятельности. В этих подходах «майндфулнес» связана либо с уровнем, либо с эффективностью аттентивного функционирования, но не делается строгого различения между ней и родственными конструктами.

Также, «майндфулнес» сливается с такой концепцией, как принятие (напр., Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), что означает, что мысли принимаются как мысли, а чувства — как чувства, без необходимости избегать их. Этот подход концептуально схож с DM, но не делает акцента на откладывании беспокойства и руминации и развитии чувства Я как отдельного от убеждений, хотя он может отделять Я от мыслей и чувств.

Отталкиваясь от предыдущих подходов, Бишоп и др. (Bishop et al., 2004) предлагают операционное определение «майндфулнес»,

которое состоит из двух компонентов: 1) контроля внимания, поддерживаемого непосредственным переживанием, что позволяет обеспечить повышенное распознавание ментальных событий в настоящем; и 2) ориентации на любопытство, открытость и принятие непосредственного переживания. Первый компонент — это характеристика ДМ и включает более сильное метакогнитивное осознание. Однако, это определение не учитывает отделение чувства Я от внутренних событий, как в ДМ. Второй компонент уводит нас от ДМ еще дальше и вводит концепции любопытства и принятия. Не ясно, за счет чего достигаются подобные состояния, но они, скорее всего, предполагают активное вовлечение в мысленную деятельность, что не характерно для ДМ.

«Майндфулнес» завоевала известность как понятие, эквивалентное буддистской медитации (напр., Kabat-Zinn, 1994). ДМ обладает некоторым сходством с осознанностью буддистский практик, но она и отличается от этих подходов.

В медитативных подходах «майндфулнес» описывается как «определенным образом направленное внимание: сознательное, в настоящем и без вынесения суждений» (Kabat-Zinn, 1994). Это очень широкое описание, которое лишь частично покрывает ДМ и имеет некоторые черты тренировки внимания (Wells, 1990), но опускает некоторые уникальные характеристики ДМ.

В работах Кабат-Цинна (Kabat-Zinn, 1990, 1994) «майндфулнес» приравнивается к сосредоточению внимания. Сосредоточение внимания на дыхании используется в качестве средства фокусировки на непосредственном переживании. Подобное внимание есть средство прямого переживания настоящего момента без его обдумывания. Это включает осознание потока мыслей без суждений о них, формирование доверия к себе и принятие вещей такими, какие они есть («отпустить и позволить быть»). Такой вид «майндфулнес» - намного более общий, чем концепция «майндфулнес» в ДМ, и хотя в первом случае мы также имеем дело с осознанием без мышления, оно несколько нечеткое и противоречивое. В частности, оно требует ежедневной практики и концентрации на дыхании для удержания

внимания, что предполагает некоторую степень телеснофокусированной переработки. Более того, сложно совместить формирование доверия к себе и принятие с отсутствием оценочного суждения в какой-либо форме. Характеристики «майндфулнес», практикуемые в медитации, по-видимому, конфликтуют между собой и отличаются от характеристик ДМ, которая отказывается от суждений и фокусировки на теле.

Теоретические и практические различия между «майндфулнес» в ДМ и «майндфулнес», используемой в других контекстах, могут быть обобщены следующим образом.

- ДМ не включает медитацию.
- ДМ не требует постоянной и частой практики.
- ДМ не требует широких характеристик «майндфулнес», таких как повышение осознания текущего момента.
- «Майндфулнес» в медитации использует телесно-сфокусированные упражнения, например сосредоточение на дыхании, чтобы заново направить внимание на настоящее, если оно отвлеклось на мысли. ДМ не имеет телесно-сфокусированных якорей для внимания.
- ДМ направлена на развитие мета-осознания мыслей, а не на осознание текущего момента.
- У термина «майндфулнес» много значений, по поводу которых имеется много разногласий. Определение и характеристики ДМ четко определены.
- ДМ различает мета-осознание и отстраненность.
- ДМ требует откладывания концептуальной переработки на потом.
- ДМ требует откладывания целенаправленного копинга на потом.
- ДМ требует отделения чувства Я от ментальных событий.

Весьма вероятно, что эффективность техник зависит от разработки стратегий, прочно основанных на моделях

информационной переработки, которые определяют более или менее адаптивные средства достижения «майндфулнес». Основная цель медитативной «майндфулнес» отличается от цели DM, которая направлена на то, чтобы модифицировать четко определенные метакогнитивные структуры и процессы, могущие вызывать психическое расстройство. Разработке этих техник в будущем весьма поспособствует их обоснование в терминах модели их требований и последствий, что может быть реализовано в рамках метакогнитивного подхода.

Десять техник

В этом разделе представлены 10 базовых техник, используемых в МКТ, для достижения DM и ее компонентов. Он основан на более ранней работе (Wells, 2005b), в которой описывались несколько стратегий.

Метакогнитивное руководство

«Метакогнитивное руководство» означает использование структурированного опроса в целях достижения метакогнитивной саморефлексии во время конфронтации с проблемными ситуациями или стимулами. Среди полезных вопросов можно назвать:

«Вы можете смотреть на окружающий мир сквозь свои мысли?»

«Вы можете одновременно и осознать мысль, и то, что происходит сейчас вокруг вас?»

«Вы живете, исходя из того, о чем думаете, или исходя из того, что вы видите?»

В одном случае с навязчивым мытьем рук терапевт предложил пациенту войти в ситуацию, которая усилила его стресс и желание вымыться, а именно пройти по улице близко к мусорному баку. Сначала пациент сделал это без терапевтического руководства: ему просто сказали найти приемлемое расстояние до бака, чтобы тревога присутствовала, но была выносимой. Затем терапевт попросил его пройти немного ближе к контейнеру и предоставил следующее

метакогнитивное руководство:

ТЕРАПЕВТ (Т.): Насколько сильный вы сейчас испытываете стресс по шкале от 0 до 100?

ПАЦИЕНТ (П.): Не слишком сильный. Я бы сказал, 30.

Т.: Сейчас я попрошу вас сделать шаг вперед и стать ближе к мусорному баку. При этом я хочу, чтобы вы осознавали свои мысли. Что вы говорите себе, когда делаете шаг вперед? Попробуйте прямо сейчас.

П.: Я совсем не хочу этого делать.

Т.: Какая из пришедших вам в голову мыслей заставила вас почувствовать себя таким образом?

П.: Я подумал, что бак, вероятно, загрязнен телесными жидкостями.

Т.: Это была вербальная мысль или внутренняя картинка?

П.: Это была вербальная мысль: «А что если на нем есть телесные жидкости?»

Т.: Хорошо. Я хочу, чтобы вы сделали этот шаг и наблюдали или слушали свою вербальную мысль. Увидьте или услышьте эти слова в вашем мозгу и посмотрите на мусорный бак сквозь свою мысль, чтобы узнать правду о ней.

П.: *(Делает шаг вперед.)*

Т.: Отлично. Вам удалось не обращать внимания на свои мысли, когда вы делали шаг вперед?

П.: Вроде бы да.

Т.: Это дало вам какие-нибудь знания о вашей мысли?

П.: Ну, это всего лишь мысль. Один дополнительный шаг на самом деле ничего не меняет.

Т.: Хорошо. Вы можете научиться по-новому относиться к своим мыслям, без избегания ситуаций. Как насчет того, чтобы сделать еще один шаг? На этот раз не обращайтесь внимание на мысль и спросите себя: «То, что я вижу своими глазами, говорит ли оно что-нибудь о том, что я заражен?»

П.: *(Делает еще один шаг.)*

Т.: О чем ваши глаза говорят вам?

П.: Ну, я не вижу, чтобы я стал грязный.

Т.: Так как же лучше жить — исходя из своих мыслей или исходя из того, что вы видите?

П.: Возможно, мне не надо думать о том, есть ли зараза на этом баке или нет?

Т.: Вы можете попрактиковаться в том, чтобы не обращать внимания на свои мысли, вместо того чтобы мыться каждый раз после того, как вам пришла в голову эта мысль?

П.: А когда я могу помыть руки?

Т.: Только перед тем, как коснуться еды, после еды или после посещения туалета, но определенно не после того, как подумали эту мысль.

П.: Значит, вы говорите, что это только мысль и руки мыть не нужно?

Т.: Именно так. Вы считали, что эта мысль — очень важная?

П.: Я считал, что это правда.

Т.: Вы можете, начиная с этого момента, практиковаться в том, чтобы по-новому смотреть на свою мысль?

Задание на свободные ассоциации

В этом задании терапевт просит пациента сидеть расслабленно и наблюдать за «приливом и отливом» (т.е. приходом и уходом) мыслей или воспоминаний, которые вызываются спонтанно вербальными стимулами. Цель не в том, чтобы активно думать о вещах или воспоминаниях, а в том, чтобы наблюдать за спонтанными событиями или отсутствием таковых событий в сознании. Задание выдается следующим образом:

«Чтобы вы привыкли применять отстраненную осознанность, полезно попрактиковать реакцию на спонтанные события в вашем мозгу. Таким образом вы научитесь по-новому относиться к этим событиям. Сейчас я буду произносить вслух слова. Пусть ваши мысли бродят свободно в ответ на каждое слово. Не контролируйте

и не анализируйте то, о чем думаете, просто наблюдайте, как реагирует ваш ум. Возможно, случится так, что ничего особенного на ум не будет приходить или же вы увидите какие-то образы. Совершенно неважно, что именно случится. Ваша задача — пассивно наблюдать за происходящим, не пытаясь ни на что повлиять. Для этого закройте глаза. Сейчас я буду произносить слова: яблоко, день рождения, побережье, дерево, велосипед, лето, розы.

На что вы обратили внимание, когда наблюдали за работой ума?

Идея в том, что вы должны применять эту стратегию к своим негативным мыслям и чувствам. Просто наблюдайте за происходящим в сознании, не давая какому-то одному мыслительному процессу вас увлечь».

Задание «тигр»

Это задание особенно нравится пациентам. В нем участников просят пассивно наблюдать за произвольным образным рядом, как средство переживания DM. Для применения процедуры даются следующие инструкции:

«Чтобы вы могли почувствовать, что представляет собой отстраненная осознанность и что именно вам надо испытывать, я хочу предложить вам следующее упражнение. Мы называем это задание «тигр». Сейчас я попрошу вас закрыть глаза и представить себе тигра. Сделайте сейчас следующее: закройте глаза и вызовите в памяти изображение тигра. Не пытайтесь никоим образом влиять на возникший образ или изменять его. Просто наблюдайте за поведением тигра. Тигр может двигаться, но не делайте так, чтобы он двигался. Он может мигать, но не делайте так, чтобы он мигал. Тигр может шевелить хвостом, но делайте так, чтобы он шевелил. Наблюдайте за тигром и его собственным поведением. Ничего не делайте, просто наблюдайте за внутренней картинкой, почувствуйте, что тигр — просто мысль в вашей голове, что он существует отдельно от вас и сам управляет своим поведением».

После упражнения терапевт спрашивает пациента о том, какие движения совершал тигр и как менялась картинка: «Вы заставляли тигра двигаться или это происходило спонтанно?» Если пациент воспринимал движения тигра, как спонтанные, ему указывают на то, что именно так и выглядит DM. Затем терапевт спрашивает, может ли пациент применить этот процесс к спонтанно приходящим в голову мыслям негативного характера.

Эксперимент подавления—контрподавления

Когда пациенты крайне вовлечены в контролирование и избегание конкретных мыслей, и когда они ошибочно уравнивают концепцию ДМ с «очищением разума», эксперимент с подавлением—контрподавлением особенно полезен. В этих случаях важно, чтобы терапевт провел четкую границу между подавлением и ДМ, чтобы свести возможное непонимание и неправильное использование к минимуму. Эта техника состоит из краткого периода попыток подавления целевой мысли и контрастирующего последующего периода осознания мысли. Пример этой техники приведен далее:

«Важно, чтобы вы осознали разницу между отстраненной осознанностью и попытками контроля или избегания мыслей. Попытка остановить мысль — это форма активных действий, так как вы пытаетесь вытолкнуть мысль из головы. Когда вы пытаетесь от чего-то избавиться, это не может произойти само по себе, без вашего участия, поэтому усилия выходят вам боком и вы остаетесь в контакте со своими мыслями.

Как вы можете толкнуть дверь и не контактировать с ней при этом тем или иным образом? Давайте посмотрим, как работает техника. Я хочу, чтобы следующие три минуты вы не думали о синем жирафе. Не допускайте ни одной мысли о жирафе в ваше сознание, пытайтесь выкинуть их из головы. Начали.

Что вы заметили? Вы думали о синем жирафе?

Теперь давайте попробуем отстраненную осознанность и посмотрим, что получится. Следующие три минуты позвольте вашим мыслям блуждать свободно, и если у вас будут мысли о синем жирафе, я попрошу вас пассивно наблюдать за ними как за частью общей мысленной картины, не пытаясь выкинуть из головы. Давайте попробуем.

Что вы заметили? Насколько важна была мысль о синем жирафе во второй раз?

Затем терапевт должен обсудить, как подавление придает мысли дополнительную заметность и значимость, и как ДМ позволяет мыслям, как событиям в сознании, свободно течь, не требуя активной реакции. Затем процедура может быть проведена снова, причем терапевт должен попросить пациента осознать себя как отдельного наблюдателя мысли.

Метафора облаков

В некоторых версиях этого задания участников просят использовать образы как реакции на мысли: мысли нужно представлять, как напечатанные на облаках, плывущих по небу. Однако, в этой форме задание включает реагирование на мысли и затем их трансформацию. Поэтому это не настоящая версия ДМ. В настоящий момент предпочтительнее применять другую версию, где облака просто используются в качестве метафоры для того, чтобы пациент прочувствовал, что такое ДМ. Терапевт предлагает следующий материал:

«Один из способов понять, что такое отстраненная осознанность и что для нее требуется, это ощущать ваши мысли так, как вы ощущаете плывущие по небу облака. Облака являются частью круговорота воды в природе и невозможно и ненужно контролировать их. Попробуйте отнестись к своим мыслям и чувствам как вы отнеслись бы к плывущим по небу облакам и позвольте им занять место и время, зная, что они, в конце концов, проплывут мимо вас».

Метафора непослушного ребенка

Эта метафора позволяет пациенту понять различные эффекты активного вовлечения мысли в сопоставлении с отстраненной осознанностью. Терапевт дает следующую инструкцию:

«Думайте об отстраненной осознанности, просто как о способе обращения с ребенком. Чтобы вы предприняли, если ребенок стал плохо вести себя в магазине? Вы можете уделить ему много внимания и попытаться проконтролировать его поведение. Но если ребенок как раз хочет привлечь к себе внимание, то эта стратегия только все ухудшит. Лучше не совершать никаких активных действий в отношении ребенка, а оставаться пассивным наблюдателем за ним, ничего не делая.

Ваши негативные мысли и убеждения — как тот непослушный ребенок. Если вы будете уделять им много внимания, контролировать их или прибегать к наказаниям, они будут вести себя еще хуже. Лучше не пытаться активно взаимодействовать с ними, а просто наблюдать за всем происходящим. Поступая таким образом, старайтесь осознавать себя как наблюдателя этих вещей».

Метафора пассажирского поезда

Это альтернатива метафоре облаков, описанной ранее. Здесь пациента просят относиться к интрузивным мыслям и чувствам так же, как он относился бы к пассажирском экспрессу, проезжающему мимо станции:

«Полезно думать о себе, как о пассажире, ожидающем поезда. Ваше сознание — как крупная станция, а ваши мысли и чувства — как проходящие мимо поезда. Нет смысла в том, чтобы пытаться сесть на поезд, который на станции не останавливается. Будьте прохожим, наблюдайте за тем, как мысли проходят мимо вас. Нет смысла в том, чтобы пытаться сесть на поезд, который увезет вас в неверном направлении».

Вербальная петля

Повторная презентация мыслей с помощью либо звукозаписывающего устройства либо озвучивания уменьшает их заметность для внимания и снижает значение, поскольку они переживаются больше как звуки, чем как внутренние передатчики информации. Эта техника сопровождается следующим метакогнитивным обоснованием:

«Я хочу, чтобы вы послушали запись ваших интрузивных мыслей [или чтобы вы спокойно повторили себе свою мысль...]. Я попрошу вас относиться к вашим мыслям во время прослушивания по-особенному. Рассматривайте мысли, как набор звуков и ничего не предпринимайте в их отношении. Это просто звуки внешнего мира. Помните, что вы — просто слушатель, уверенный, что мысли — не факты, они просто события в вашем мозге».

Отстранение: Я как наблюдатель

Как мы видели, отстранение включает как отключение контроля и концептуальных процессов, так и переживание мыслей и убеждений с позиции наблюдателя с неделимым далее чувством сознания. Это центральное, неделимое испытываемое чувство, у которого нет пропозициональной референции и дальнейшей точки регрессии. Это сингулярное чувство Я. В этом состоянии индивид является наблюдателем мысли и отделяется от любой мысли.

Этот уровень и техника DM достигаются посредством задавания

пациентам вопросов, конкретным образом направляющих внимание при мониторинге мыслей. Эти вопросы обычно включаются в описанные ранее техники для усиления переживания ДМ, когда осознание и прекращение концептуальной переработки уже достигнуты. В частности, пациента спрашивают во время этих упражнений:

«Вы — мысль или тот, кто наблюдает мысль? Постарайтесь осознать свое местонахождение и то, каково это — быть наблюдателем. Вы существуете совершенно отдельно от мыслей».

Или:

«Вы — убеждение или тот, кто наблюдает убеждение? Постарайтесь осознавать то, как ваше сознание наблюдателя отделено от ваших убеждений».

Техника мечтаний

Как правило, наши мечты переживаются в объектном режиме. Мы полностью погружаемся в них и проживаем их, как кратковременную реальность. Практика перехода в плоскость отстраненного наблюдателя во время мечтаний может дать хороший субъективный опыт ДМ.

Терапевт просит пациента погрузиться в приятные мечты, например представить, как он едет в эксклюзивной машине или потягивает шампанское на карибском пляже. Затем терапевт просит пациента продолжать мечтать, но сделать шаг назад и осознавать свое Я в настоящем как наблюдателя за происходящим в мечте.

Подкрепление ДМ с помощью сократовского диалога

После выполнения упражнений терапевт подкрепляет ДМ во время курса терапии, задавая вопросы, когда активируется негативная мысль или негативное убеждение. Эти вопросы носят, например, следующий характер:

«Вы — убеждение или человек, которые наблюдает убеждение и использует его?»

«Эта мысль важна или это просто событие, происходящее в вашем мозгу?»

«Вы можете увидеть себя отдельно от идеи?»

«Каковы преимущества у того, чтобы смотреть на мысль с позиции наблюдателя?

«Вы сможете в будущем разделить ваше чувство Я от простого наличия этой мысли?

Домашние задания

Техника DM — это задание, выдаваемое на дом. Пациента инструктируют замечать триггеры беспокойства/руминации и непродуктивных поведенческих стратегий, таких как избегание/подавление (CAS) и применять технику DM к этим триггерам. Как правило, DM сочетается с другими техниками, например с техникой откладывания беспокойства/руминации (см. главу 6), которая облегчает отстранение непрерывной переработки от первоначальных интрузий.

Терапевт анализирует ряд мыслей, к которым применяется DM, на первых сессиях, с тем чтобы в последующем расширить ее применение и повысить осознание пациентом триггеров CAS. Терапевт внимательно следит за тем, чтобы DM не применялась ненадлежащим образом в качестве копинг-стратегии, нацеленной на предотвращение мнимых угроз.

Чтобы определить, с какой частотой лучше всего практиковать технику, терапевт спрашивает о количестве триггеров, к которым применяется DM. В качестве более-менее универсального правила терапевт должен стремиться к достижению 75%-ного коэффициента применения во время терапии. Эффективное использование DM также может быть оценено по баллам, полученным по оценочной шкале CAS-1. В частности, пункты 1 и 3 (беспокойство и копинг) показательны для уровня дезадаптивного взаимодействия с внутренними триггерами (напр., антитезисом DM).

Применение DM в МКТ

МКТ не является терапией, базирующейся на индивидуальных техниках. Вполне возможно эффективно применять МКТ без специфической практики пациентов в DM. Важно, чтобы терапевт не рассматривал эту — или какую-либо другую — технику как фундамент терапии. Однако, DM является

компонентом МКТ, который может сыграть роль катализатора изменений на метакогнитивном уровне.

В начале терапии рекомендуется применять ДМ в сочетании с откладыванием беспокойства и руминации (см. главу 6). Обычно техника вводится на первой или второй сессии, но после того не практикуется интенсивно. При лечении депрессии мы предпочитаем регулярную практику АТТ на каждой сессии, как более структурированное и интенсивное средство достижения исполнительского контроля и с целью достижения важных характеристик ДМ.

На протяжении всего применения терапевт, как правило, контролирует цели использования техники пациентом и отслеживает примеры, чтобы убедиться в том, что техника используется по назначению. Терапевт должен знать о случаях неверного использования ДМ в качестве техники отвлечения, средства избегания предвосхищаемой угрозы и средства контроля тревоги.

Женщина с депрессией, 26 лет, проходившая МКТ, описала, что при применении ДМ показывает нестабильные результаты. Она утверждала: «Мне не всегда успешно удастся избавиться от мыслей». Затем последовало весьма продуктивное обсуждение, в ходе которого терапевт обнаружил, что она (что неправильно) пыталась остановить негативные автоматические мысли (напр., «Я — ничтожество»), вместо того чтобы применять к ним ДМ и прерывать дальнейший концептуальный анализ своих неудач и слабостей.

Далее в ходе терапии может понадобиться отказаться от ДМ до или во время проведения экспериментов, оспаривающих негативные убеждения о потере контроля и опасности мыслей и симптомов. Продолжая применять ДМ, многие пациенты могут не увидеть, что они не способны утратить ментальный контроль, так как объясняют отсутствие катастрофы применением техники.

Заключение

ДМ — это определенное отношение к внутренним мыслям и убеждениям. Она направлена на повышение гибкого контроля над стилями мышления и способствует развитию новой модели значимости и важности мыслей и убеждений.

Между ДМ и другими практиками осознанности есть как сходства, так и различия. ДМ воздействует на САС и обеспечивает приобретение нового метакогнитивного знания. Характеристики и требования, касающиеся информационной переработки, техники ДМ могут быть определены в контексте метакогнитивной модели.

Были описаны 10 стратегий достижения ДМ как части МКТ. В МКТ терапевт чаще всего использует эти техники на ранних терапевтических сессиях. Они представляют собой всего лишь компонент терапевтического процесса. Их нужно рассматривать не как интенсивные тренировочные упражнения или как процедуры, определяющие успех вмешательства, а как полезные инструменты, которые могут использоваться для фасилитации метакогнитивных изменений и перехода между когнитивными и метакогнитивными уровнями (или режимами) работы.

Глава 6

Генерализованное тревожное расстройство

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) — это самое распространенное тревожное расстройство, и его основные процессы представляют собой элементарные процессы для всех тревожных расстройств (напр., Barlow, 2002).

ГТР характеризуется чрезмерным и трудноконтролируемым беспокойством в сочетании с некоторыми тревожными симптомами. Чтобы соответствовать критериям ГТР, индивид должен демонстрировать беспокойство в минимум двух разных сферах деятельности, среди которых такие сферы, как беспокойство о здоровье, социальных взаимодействиях, семье или финансовом положении. Диагностические критерии этого расстройства по DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) приведены в табл. 6.1.

Индивиды, страдающие ГТР, часто утверждают, что беспокойство занимает большую часть их жизни. Беспокойство и тревога могут нарушать социальное и/или профессиональное функционирование, причем значительно. Фокус доминирующего беспокойства меняется за короткие и длинные временные периоды, но этот фокус является более широким или не может быть лучше объяснен другим расстройством Оси I. Например, беспокойство шире, чем беспокойство по поводу выступления перед группой людей (как при социальной фобии), по поводу физического здоровья (как при ипохондрии) или по поводу того, что случится паническая атака (как при паническом расстройстве). Подобное содержательно-специфичное беспокойство может быть лучше объяснено другим диагнозом.

Так как беспокойство является ключевой когнитивной характеристикой этого расстройства, терапевт должен быть способен идентифицировать эту активность и дифференцировать ее от других типов похожей ментальной активности, а именно от руминации или навязчивых мыслей.

Беспокойство определяется, как цепочка негативных мыслей,

преимущественно вербальных и нацеленных на решение проблем (Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & DePree, 1983). Цепочечный вербальный характер процесса беспокойства ясно виден в примере, приведенном далее. Пример взят из случая пациента, начинающего нашу терапевтическую программу МКТ.

Таблица 6.1. Диагностические критерии ГТР

<u>Критерий А</u>
Чрезмерная тревога и беспокойство на протяжении не менее 6 месяцев, связанная минимум с двумя сферами деятельности.
<u>Критерий Б</u>
Беспокойство трудно поддается контролю.
<u>Критерий В</u>
Тревога и беспокойство связаны минимум с тремя из следующих симптомов: неусидчивость, быстрая утомляемость, нарушение концентрации внимания, раздражительность, мышечное напряжение, нарушения сна.
<u>Критерий Г</u>
Беспокойство нельзя объяснить другими расстройствами Оси I.
<u>Критерий Д</u>
Тревога, беспокойство, а также физические симптомы значительно ухудшают функционирование в различных сферах
<u>Критерий Е</u>
Тревога не вызвана приемом психоактивных веществ или физическими болезнями.

Примечание. Адаптировано из American Psychiatric Association (2000).

«Я начинал беспокоиться еще до прихода на работу. Я думал, а что, если моя машина сломалась и я опоздаю на совещание. Мне придется извиняться, супервизор может на меня разозлиться, а вдруг она спросит моего мнения, а я не готов к ответу. Я беспокоился постоянно о том, все ли делаю правильно. Не ошибся ли я в отчете? А вдруг он недостаточно хорош? Начальство подумает, что я — некомпетентный сотрудник. А вдруг они начнут

жалеть, что приняли меня на работу? Что я скажу, если меня спросят о том, чего я не знаю? Беспокойства было слишком много. Я беспокоился до и во время совещания, а когда вернулся в свой кабинет, то больше не мог этого выносить. Я сорвался и разрыдался».

Беспокойство включает катастрофизацию и субъективно тяжело контролируется. Оно рассматривалось, как копинг-механизм, но этот процесс и сам по себе может стать объектом беспокойства (Wells, 1995). Такое беспокойство о беспокойстве является ключевой концепцией в метакогнитивном подходе к лечению ГТР.

Беспокойство можно описать, как эго-синтонное — это означает, что оно, как правило, воспринимается как характерное для Я и не идет в разрез с представлениями индивида о себе. Напротив, другие типы устойчивого негативного мышления, такие как навязчивые интрузии, являются эго-дистонными, то есть они рассматриваются индивидом как неадекватные, омерзительные и отвратительные. Пример эго-дистонных мыслей — святотатственные мысли у религиозного человека.

Было выявлено несколько различий между обыкновенными навязчивостями и беспокойством (Wells & Morrison, 1994). Навязчивые мысли длились меньше по времени и больше задействовали воображение, в то время как беспокойство было более вербальным, реалистичным и сознательным. Другое различие между навязчивыми интрузиями и беспокойством заключается в том, что первые могут представлять собой желания и импульсы, не характерные для беспокойства. Депрессивная руминация также является эго-синтонной, поскольку индивид часто относится к ней как средству понять свои чувства и разрешить проблемы. Хотя между тревожными и депрессивными мыслями много сходства (Papageorgiou & Wells, 1999b), различия также имеются. Беспокойство больше ориентировано в будущее, а депрессивная руминация больше сосредоточена в прошлом. Беспокойные и тревожные мысли связаны с темами опасности, а руминация больше связана с потерями, неудачами и личной неполноценностью/некомпетентностью.

Общий характер беспокойства

Метакогнитивная модель психических расстройств предполагает, что беспокойство является центральным компонентом САС, наличествующим во всех типах патологии. ГТР может рассматриваться как прототипическое проявление САС. Применение МКТ при этом расстройстве предоставляет платформу для понимания того, как концептуализировать и лечить неконтролируемое беспокойство при различных расстройствах.

Многие стратегии, представленные в этой главе, занимают свое место и в терапии других расстройств, хотя их точное применение и внедрение необходимо адаптировать для каждого расстройства, чтобы они соответствовали причинным факторам в специфичных для расстройства формулировках случаев.

Логичным будет предположить, что в беспокойстве при ГТР есть что-то особенное или уникальное, из-за чего оно вырастает в такую большую проблему для индивидов, страдающих этим расстройством. Результаты исследований показывают, что это, по-видимому, не так. Содержание и характер беспокойства при ГТР весьма сходны с обыкновенным беспокойством (напр., Ruscio & Borkovec, 2004). Однако, есть один аспект, в котором беспокойство при ГТР заметно отличается, как предсказано метакогнитивной моделью. Беспокойство при ГТР больше связано с негативными мыслями и убеждениями о беспокойстве (Wells & Carter, 2001; Ruscio & Borkovec, 2004).

Поддается ли беспокойство контролю?

Беспокойство часто ощущается как трудноконтролируемое. Но это не означает, что его нельзя легко проконтролировать. Пациент и МКТ-терапевт должны понимать, что такое возможный и невозможный контроль, а также эффективные и неэффективные стратегии.

Беспокойство — это медленный концептуальный процесс, включающий обдумывание относительно неизвестных будущих событий и способов совладания с ними. Оно легко модифицируется получением обратной связи от внутренних или

внешних источников. Сознательный стратегический характер беспокойства должен означать, что оно поддается высокому уровню произвольного контроля, даже если осознание такового контроля — низкое или отсутствует. Однако, важно различать между интрузивными мыслями, которые могут быть более автоматическими и непроизвольными и действовать как триггеры для беспокойства, и устойчивым концептуальным характером беспокойства как такового, представляющего собой реакцию на интрузии. Цель МКТ заключается в том, чтобы уменьшить или остановить постоянные концептуальные (основанные на беспокойстве) мысли, как реакции на интрузии. На этот тип контроля нацеливаются терапевт и пациент; они не пытаются контролировать или подавлять интрузивные мысли, вызывающие беспокойство. Более того, контроль постоянных мыслей или беспокойства в МКТ используется как средство оспаривания метакогнитивных убеждений.

Метакогнитивная модель ГТР

Метакогнитивная модель ГТР (Wells, 1995, 1997) схематически представлена на рис. 6.1. Она предполагает, что люди с ГТР склонны использовать беспокойство в качестве основного средства предвосхищения будущих проблем и разработки способов копинга. Беспокойство обычно вызывается, как копинг-стратегия в ответ на интрузивную негативную мысль (напр., «Что, если я попаду в аварию?»). Оно необязательно представляет собой проблему, поскольку теоретически возможно быть «счастливым беспокоящимся», пока человек убежден, что его беспокойство эффективно и хранит его от опасностей. Общее беспокойство о внешних событиях, а также о социальном и физическом здоровье, являющееся ответом на триггеры, называется «беспокойством 1 типа». Использование беспокойства как средства копинга связано с позитивными метакогнитивными убеждениями, свойственными до определенной степени большинству людей. Это такие убеждения, как «Беспокойство поможет мне избежать проблем в будущем»; «Беспокойство означает, что я буду готов»; и «Беспокойство помогает мне справляться». Однако, при переходе к ГТР самую важную роль начинает играть активизация

негативных метакогнитивных убеждений.

ГТР развивается, когда индивид активизирует негативные убеждения о беспокойстве. Интерес представляют два типа негативного убеждения: негативные убеждения о неконтролируемости беспокойства и негативные убеждения о его вредных или опасных последствиях. Последняя категория содержит убеждения о том, что беспокойство может приводить к физическим (напр., к сердечному приступу), психическим (напр., нервному срыву) и социальным (напр., отвержению со стороны других) катастрофам. Примеры метакогнитивных убеждений представлены в табл. 6.2.

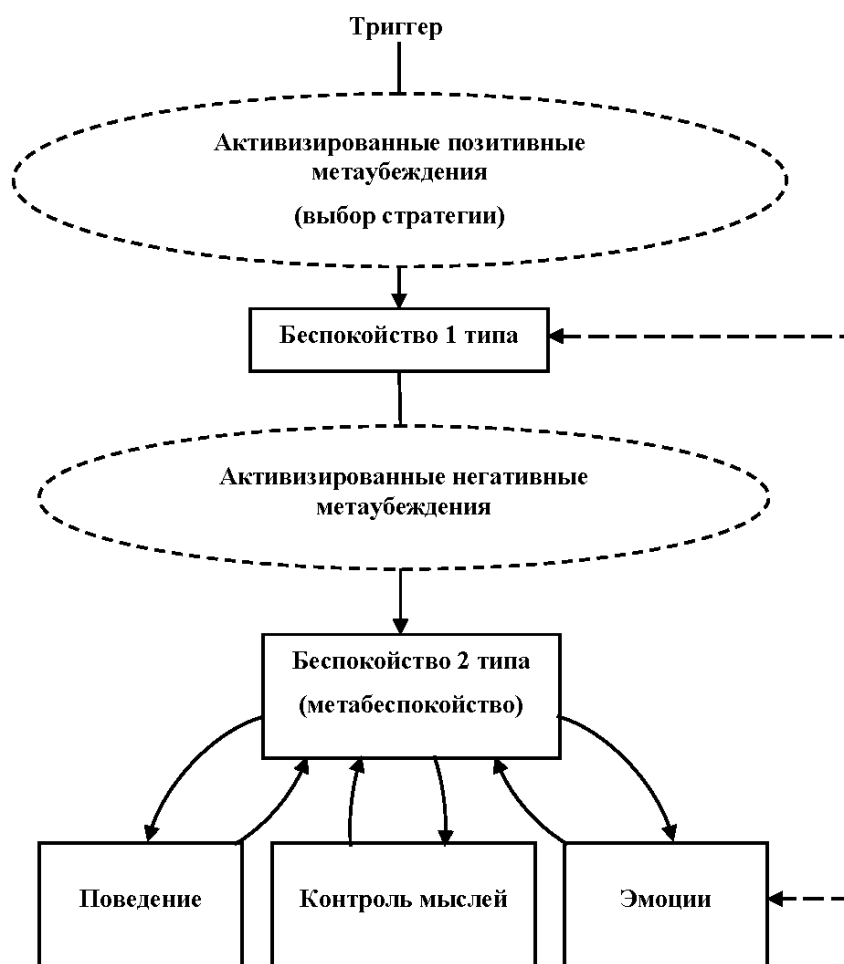


Рис. 6.1. Метакогнитивная модель ГТР (из Wells, 1997, с. 204). Copyright 1997 by John Wiley & Sons Limited. Воспроизводится с разрешения

После того, как негативные метакогнитивные убеждения были активизированы, индивид негативно оценивает беспокойство, другими словами, он беспокоится о беспокойстве, что усиливает тревогу и чувство неспособности справиться с ситуациями.

Беспокойство о беспокойстве — это пример метакогнитивной оценки (интерпретации мыслительного процесса). Мы назвали его «метабеспокойство», или «беспокойство 2 типа» (Wells, 1994), чтобы подчеркнуть, что это негативная оценка беспокойства и обусловленных им симптомов. Примеры метабеспокойства таковы: «Я теряю контроль», «Я схожу с ума», «Я причиняю вред своему организму». Тревожные симптомы часто неверно интерпретируются как признак опасных и пагубных последствий беспокойства, что ведет к усилению негативных убеждений и спирали мгновенно возрастающей тревоги. Когда такие интерпретации касаются катастрофы, угрожающей прямо сейчас, например сердечного приступа или потери рассудка, может случиться паническая атака.

Беспокойство 2 типа (метабеспокойство) ведет к двум дальнейшим факторам, участвующим в поддержании проблемы. В модели они выделены как *поведенческие реакции* и *стратегии контроля мыслей*. Основная причина выделения — облегчение социализации, как мы увидим далее. В частности, интересная динамика стратегий контроля мыслей, используемых пациентом, заслуживает подробного рассмотрения.

Таблица 6.2. Примеры метакогнитивных убеждений о беспокойстве при ГТР

<u>Позитивные метакогнитивные убеждения</u>		
• «Беспокойство помогает мне справляться». • «Если я буду беспокоиться, то буду готов». • «Беспокойство позволяет мне держать себя под контролем». • «Если я беспокоюсь, то смогу предвосхитить проблемы и избежать их».		
Негативные	метакогнитивные	убеждения —
Неконтролируемость		
• «Я не могу контролировать беспокойство». • «Беспокойство захватило и контролирует меня». • «Я потерял контроль над своими мыслями».		

- «Мое беспокойство — неконтролируемо».

Негативные метакогнитивные убеждения — Опасность

- «Я могу сойти с ума от беспокойства».
- «Беспокоиться — вредно для организма».
- «Я могу лишиться рассудка из-за беспокойства».
- «У меня может случиться нервный срыв из-за беспокойства».

Поведенческие копинг-стратегии состоят в поиске утешения, избегании (хотя оно часто выражено слабо), поиске информации (напр., в Интернете), отвлечении, прибегании к алкоголю и так далее. Эти виды поведения поддерживают негативные оценки и убеждения о беспокойстве, поскольку они подрывают процесс самоконтроля, передавая контроль внешним факторам. Например, одна пациентка просила мужа звонить ей несколько раз каждый день в установленное время, чтобы убедиться, что он жив. Иначе она так беспокоилась, что это было для нее невыносимо. Этот процесс не давал ей понять, что она в состоянии контролировать свое беспокойство и поддерживал ее убеждение в неконтролируемости. Он также усиливал чувство неопределенности, когда муж не мог позвонить вовремя, что интенсифицировало триггеры беспокойства. Некоторые пациенты пытаются контролировать беспокойство или избегать его, начиная искать информацию в Интернете. Один пациент описывал, как недавно беспокоился о том, что на предплечье появилось темное пятно. Пытаясь проконтролировать беспокойство, он прочитал информацию в Интернете о характере и причинах изменения цвета кожи. Он надеялся, что найдет информацию, которая его успокоит, а обнаружил, что подобное изменение может указывать на весьма опасные заболевания, о которых он даже не подумал, и в результате беспокойство стало постоянным. Таким образом, некоторые стратегии дают обратный результат и становятся триггерами беспокойства. Даже если они останавливают беспокойство, они не дают индивиду обнаружить, что беспокойство можно прекратить за счет внутренних ресурсов. Также, они не дают индивиду обнаружить,

что даже если он продолжит беспокоиться, это не приведет к негативным последствиям, таким как сердечный приступ или нервный срыв.

Другой процесс в модели описывает использование пациентом стратегий контроля мыслей. Часто мы имеем дело с непродуктивным использованием стратегий, включая подавление триггеров беспокойства и неспособность перестать беспокоиться, когда процесс уже активизировался. Подавление включает попытки не думать о том, что может спровоцировать беспокойство. Так, например, человек, обеспокоенный своей продуктивностью на работе, будет пытаться подавить все мысли о работе, находясь вне рабочего окружения. К сожалению, подавление не до конца эффективно, и неудавшееся подавление будет поддерживать убеждения о потере контроля и/или приведет к повышению заметности провоцирующих мыслей. Второй важный процесс — это неспособность человека перестать беспокоиться, когда процесс уже активизировался. Он проявляется как продолжение обдумывания беспокойства, чтобы справиться с ним, или как попытки переубедить себя с помощью внутреннего диалога. Это продолжение концептуальной активности, в ходе которой пациенту не удастся прервать персеверативный копинг-процесс. За эту неудачу несут ответственность несколько факторов. Например, индивид часто убежден, что отсутствие беспокойства означает отсутствие попыток справиться с ситуацией (поскольку беспокойство — основная копинг-стратегия), или же индивид не осознает возможность контроля, предполагая, например, что проблема является неразрешимой (напр., «беспокойство является частью моей личности»). Зачастую у индивида мало опыта самоконтроля процесса беспокойства, который мог бы поставить под сомнение его убеждения о неконтролируемости беспокойства.

Модель в действии

Пошаговый разбор того, как действует модель в эпизоде беспокойства, послужит иллюстрацией действия каждого из ее компонентов.

Дистрессовый эпизод беспокойства вызывается первоначальной

интрузивной мыслью, обычно в форме вопроса «Что, если...? (напр., «Что, если мой партнер попал в аварию?»), но иногда и в форме негативного образа. Этот триггер активизирует скрытые позитивные метакогнитивные убеждения о необходимости устойчивого катастрофического мышления (беспокойство 1 типа) в качестве средства предвосхищения проблем и совладания с ними. Беспокойство 1 типа сразу приводит к усилению эмоциональной симптоматики, но в отсроченной перспективе может приводить к уменьшению негативных эмоций, если индивид удовлетворил свою цель беспокойства. Целью часто является чувство, что он справится, или оценка, что самые опасные сценарии учтены.

В ходе развертывания беспокойства при ГТР активизируются негативные убеждения о неконтролируемости и опасном характере беспокойства. Это ведет к негативной интерпретации беспокойства (напр., беспокойству 2 типа) и повышенной тревоге. На данном этапе индивиду становится сложнее достичь цели, сигнализирующей о том, что угроз нет и можно перестать беспокоиться, и начинает воспринимать себя как менее способного справляться.

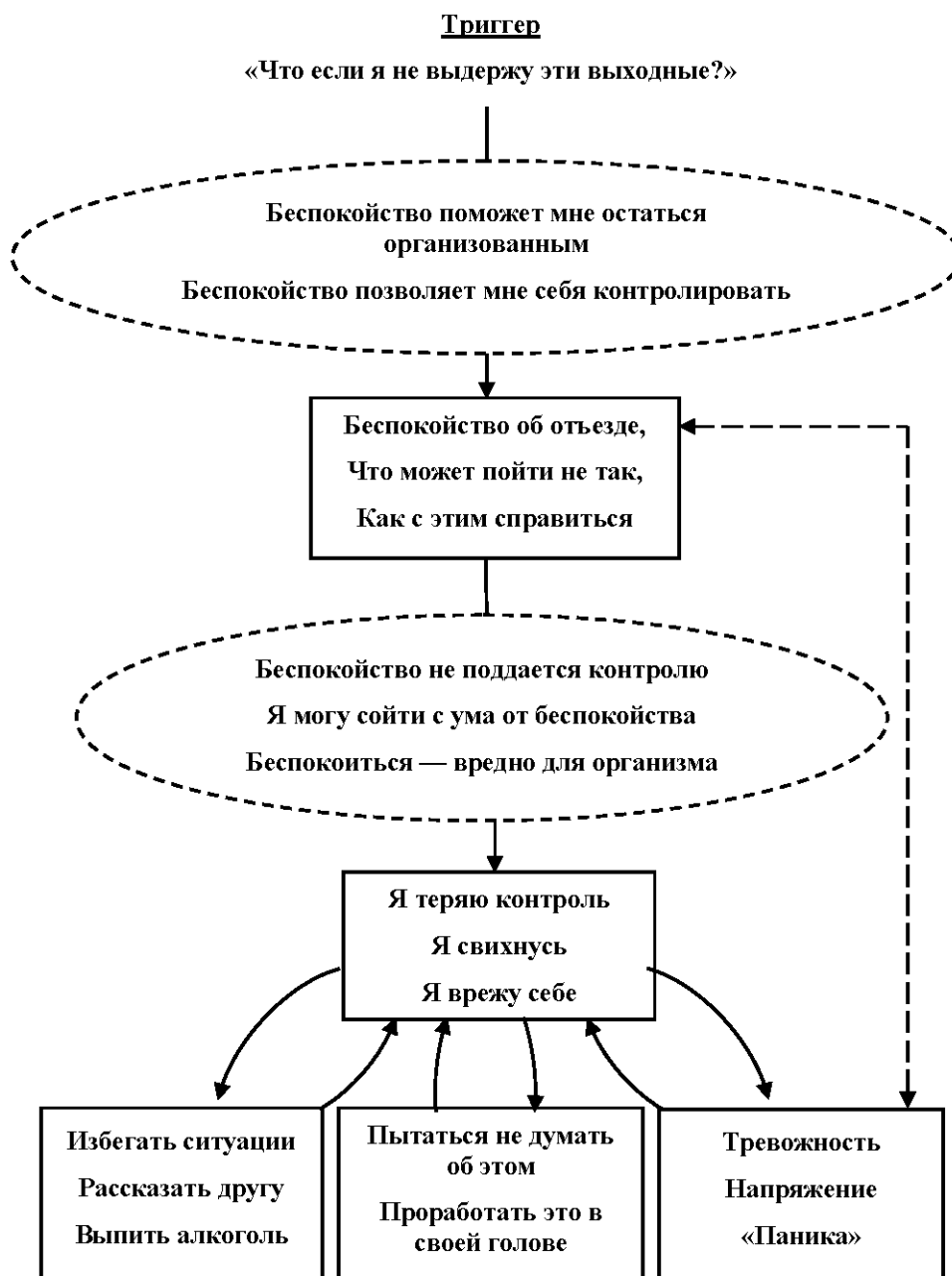


Рис. 6.2. Идиосинкразическая формулировка случая ГТР

Теперь инициируются виды поведения и стратегии контроля мыслей, нацеленные на избегание беспокойства и предупреждение его негативных последствий. Многие из этих стратегий либо являются непродуктивными, либо дают обратный эффект, что ведет к усилению негативных убеждений о неконтролируемости и опасности и сосредоточению на них. Как следствие, такие убеждения будут в подавляющем количестве случаев возникать в будущих эпизодах беспокойства. Пример модели на основе недавнего эпизода беспокойства, описанного

пациентом, представлен на рис. 6.2.

Структура лечения

Лечение может быть эффективно концептуализировано как прохождение последовательных стадий. Количество сессий, которое отводится на каждую стадию, варьирует в зависимости от факторов, связанных с пациентом и с терапевтом. К факторам, связанным с пациентом, относится уровень инсайта, мотивации и добросовестности при выполнении домашних заданий. К факторам, связанным с терапевтом, относится уровень компетентности и опыта в применении МКТ. Последовательность стадий следующая:

1. Концептуализация случая;
2. Социализация;
3. Вызов метакогнитивного режима;
4. Оспаривание метакогнитивных убеждений о неконтролируемости;
5. Оспаривание метакогнитивных убеждений об опасности беспокойства;
6. Оспаривание позитивных метакогнитивных убеждений о беспокойстве;
7. Подкрепление новых планов для переработки беспокойства;
8. Профилактика рецидива.

Как правило, лечение занимает от пяти до десяти сессий, причем наиболее распространенное количество сессий у терапевтов, обладающих опытом проведения МКТ, составляет восемь. Далее в главе мы подробно опишем каждую из этих стадий.

Концептуализация случая

Оценка

Для этой стадии нужны следующие инструменты:

1. Опросник ГТР, пересмотренный (Generalized Anxiety Disorder Scale—Revised, GADS-R);
2. Интервью для формулировки случая ГТР;

3. Опросники для сессии.

Терапевт начинает с Опросника ГТР GADS-R и анализирует имеющиеся негативные и позитивные метакогнитивные убеждения, чтобы составить предварительное впечатление о типах убеждений, которые следует уточнить на стадии формулировки случая. Опросник GADS-R приведен в приложении 7. Эта шкала также предлагает информацию о типах поведения, используемых для избегания беспокойства и опасности, которые могут быть слабо выражены при ГТР. Среди других методов оценки, обычно применяемых до сессии, следует назвать Шкалу тревоги Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI; Beck et al., 1988) и Шкалу депрессии Бека II (Beck Depression Inventory II, BDI-II; Beck et al., 1996).

План первой сессии

Терапевтическая сессия начинается с оглашения плана сессии:

«На сегодняшней сессии я бы хотел проанализировать недавний эпизод беспокойства, который вас сильно расстроил. Такой анализ поможет нам изучить факторы, из-за которых беспокойство сохраняется. Также мы начнем изучать способы того, как можно справиться с вашей тревогой. Я бы также хотел немного рассказать о том, что такое МКТ, и чего вам следует ожидать от лечения. Есть ли какие-то темы, которые вы хотели бы обсудить сегодня?»

Генерирование концептуализации случая

Следующий шаг — генерирование идиосинкразической версии метакогнитивной модели, отображающей события последнего дистрессового эпизода беспокойства. Важно, чтобы терапевт фокусировался на актуальном недавнем эпизоде, а не пытался концептуализировать процессы в целом, так как это может привести к отклонению сессии от намеченного курса и, как следствие, к ошибкам.

Самый очевидный способ сгенерировать концептуализацию случая — это придерживаться определенной последовательности вопросов. Эта последовательность представлена списком вопросов 1–8 в Интервью для формулировки случая ГТР, которое вы найдете в приложении 11. Каждая цифра связывает конкретный вопрос интервью с выявлением материала, который

требуется для каждой части модели.

Пример диалога с использованием этих вопросов представлен ниже. Концептуализация случая, сделанная на основе этих вопросов, представлена на рис. 6.3.

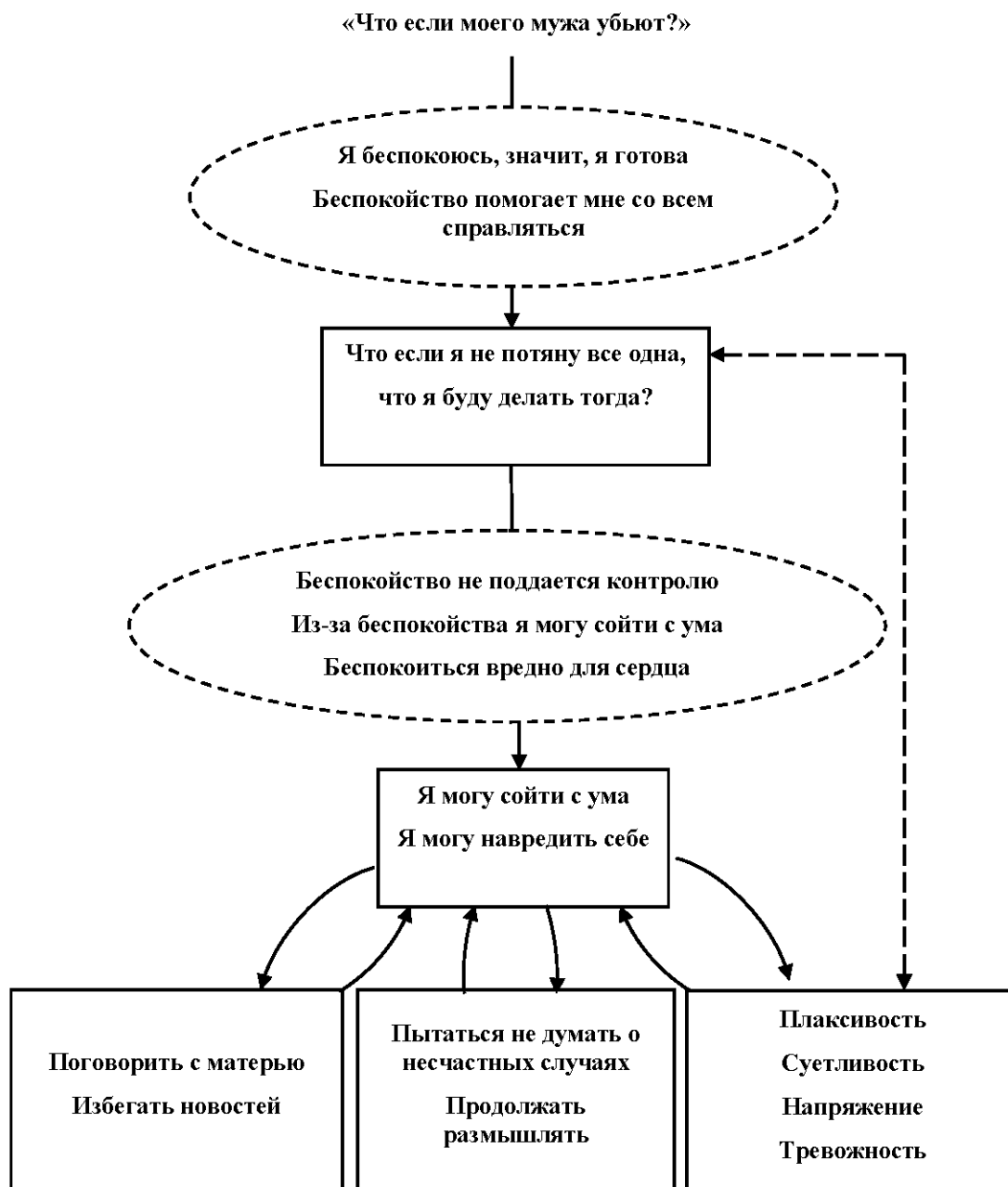


Рис. 6.3. Формулировка случая ГТР, написанная на основе диалога

ТЕРАПЕВТ (Т.): Когда в последний раз у вас было сильное беспокойство, которое вас расстроило?

ПАЦИЕНТКА (П.): Около двух недель назад.

Т.: Это был типичный для вас эпизод беспокойства?

П.: Да, но в этот раз я не запаниковала.

Т.: Хорошо. Давайте разберем этот случай. Опишите коротко, где вы были, когда начали беспокоиться.

П.: Я была дома и увидела, как мимо проезжает полицейская машина, и затем я начала беспокоиться, что однажды они придут ко мне с плохими новостями и я этого не выдержу.

Т.: Хорошо, давайте теперь поконкретнее. Какая мысль пришла вам в голову первой, когда вы увидели полицейскую машину? Это был вопрос «А что, если...?» или мысленная картина того, как случается что-то плохое?

П.: Я думаю это было что-то вроде: «А что, если моего мужа убьют?»

Т.: Значит, это был триггер, первоначальная мысль «что если» о вашем муже.

П.: Да, и я подумала, как это будет ужасно.

Т.: Похоже на то, что именно с того момента вы начали беспокоиться. О чем вы потом начали беспокоиться?

П.: Я подумала, что если, я не смогу растить детей сама, откуда мне взять денег, что если я навсегда останусь одна, как мне со всем этим справиться?

Т.: Итак, похоже, что вы очень сильно беспокоились. Как вы чувствовали себя эмоционально, когда беспокойство достигло таких размеров?

П.: Я чувствовала себя ужасно. Чуть не плакала, не находила себе места, была напряжена, мне было тревожно.

Т.: Когда вы чувствовали тревогу и были обеспокоены, думали ли вы, что что-то плохое может случиться из-за того, о чем вы думаете и что чувствуете?

П. Я не уверена.

Т.: Что самое плохое могло случиться, если бы продолжали чувствовать себя и думать подобным образом?

П.: Это ужасно, я не хочу об этом говорить. Когда копаешься в своих мыслях, можно сойти с ума и тогда начинается паника.

Т.: Когда вы сильно беспокоитесь из-за чего-то, думаете ли вы, что можете сойти с ума?

П.: Да.

Т.: Есть ли у вас какие-нибудь еще негативные мысли о беспокойстве и тревоге?

П.: Я думаю, что для здоровья это вредно, особенно для сердца. Оно пострадает, если я буду продолжать в том же духе.

Т.: Почему вы не перестанете беспокоиться, если это настолько вредно?

П.: Я не могу, я это не контролирую.

Т.: Похоже, у вас есть некоторые убеждения о беспокойстве. О том, что оно неконтролируемо, о том, что оно может свести вас с ума и о том, что оно может навредить вашему сердцу. Все верно?

П.: Да.

Т.: Насколько вы убеждены в том, что беспокойство неконтролируемо по шкале от 0 до 100%?

П.: На 90%.

Т.: Насколько вы убеждены в том, что из-за беспокойства можете сойти с ума?

П.: На 70%.

Т.: Насколько вы убеждены в том, что беспокойство может нанести вред сердцу?

П.: На 70%.

Т.: Похоже, мы имеем дело с негативными убеждениями о беспокойстве. Могу я спросить, есть ли у вас позитивные убеждения о беспокойстве? Другими словами, думаете ли вы, что беспокойство вам каким-то образом помогает?

П.: Я беспокоюсь, значит, я могу подготовиться к будущему, беспокойство помогает мне видеть проблемы и справляться с ними.

Т.: Насколько вы убеждены в этом?

П.: Думаю, во всем примерно на 70%.

Т.: Когда вы беспокоились в тот раз, вы предпринимали что-нибудь для того, чтобы унять беспокойство?

П.: Я поговорила с матерью об этом, чтобы она меня успокоила. Она такая хорошая и заставляет меня посмотреть на все логически.

Т.: Делаете ли вы что-нибудь еще, чтобы успокоиться, например избегаете чего-то конкретного или ищете какую-нибудь информацию?

П.: Я избегаю смотреть новости и читать газеты, потому что там всегда есть о чем побеспокоиться.

Т.: Я хочу спросить вас о двух других вещах, связанных с беспокоящими мыслями. Пытаетесь ли вы не думать о чем-то, чтобы мысль не вызвала беспокойство?

П.: Да, я пытаюсь не думать о болезнях и несчастных случаях.

Т.: Хорошо. Вы когда-нибудь принимали решение не беспокоиться, когда в голову приходит подобная негативная мысль?

П.: Нет, я чувствую, что права, когда беспокоюсь из-за них, иначе не выйдет ничего хорошего. Я должна думать об этих вещах, иначе не смогу с ними справиться.

Т.: Хорошо. Я добавлю это в модель. Давайте запишем это как «продолжать размышлять».

Замечание о выявлении метакогниций

Метакогнитивные убеждения о неконтролируемости и опасности занимают центральное место в концептуализации случая и лечении. Крайне важно, чтобы они были эффективно выявлены. Терапевтам без опыта проведения МКТ иногда бывает сложно выявить негативные метакогнитивные убеждения, зачастую потому, что они не следуют явно из описаний пациента. В то время как негативные убеждения об опасности *обычно* имеются, негативные убеждения о неконтролируемости имеются *всегда*. Например, один пациент утверждал, что у него нет негативных убеждений о беспокойстве, только то, что от беспокойства ему становится очень плохо. Терапевт спросил его, почему он не

уменьшит беспокойство, если от него ему так плохо, на что пациент ответил, что не может, потому что он его не контролирует. Как показывает этот пример, убеждения о неконтролируемости являются имплицитной частью проблемы этого пациента.

Стратегия выявления негативных метакогниций состоит в задавании вопросов об отрицательных сторонах беспокойства. Отрицательные стороны соответствуют негативным убеждениям. Вопросы о положительных сторонах беспокойства помогают выявить позитивные убеждения о нем.

Также, терапевту полезно спрашивать о «худшем сценарии развития событий», чтобы определить негативные убеждения о беспокойстве. Пример вопроса о худших последствиях в сочетании с исследованием значений приведен далее:

ТЕРАПЕВТ (Т.): Как вы себя чувствуете, когда беспокоитесь?

ПАЦИЕНТ (П.): Я чувствую тревогу и страшное напряжение.

Т.: Что самое худшее может случиться, если вы продолжите так сильно беспокоиться?

П.: Я реально слечу с катушек.

Т.: Что вы имеете в виду под «слечу с катушек»?

П.: Я не знаю, все выйдет из-под контроля.

Т.: Каков наихудший сценарий развития событий в таком случае?

П.: Я двинусь умом или что-нибудь в этом роде.

Т.: В чем это будет выражаться?

П.: У меня будет нервный срыв. Беспокойство парализует меня.

Т.: Вы убеждены в том, что беспокойство может привести к нервному срыву?

П.: Да, если все будет продолжаться, как сейчас.

Социализация

Процесс социализации фактически начинается, когда терапевт систематически намечает компоненты концептуализации случая. Однако, следующий шаг наиболее четко проявляется при

объяснении механизмов модели. Терапевт показывает схематичное изображение формулировки случая (или, что еще лучше, рисует ее маркером на доске в режиме реального времени). Обычно выполняется последовательность из следующих шагов.

Шаг I: представление концептуализации

Терапевт кратко объясняет, как работает модель:

«Если мы посмотрим на схему, которую начертили, то увидим некоторые важные факторы, которые помогут нам понять причины вашего беспокойства. В данном случае беспокойство было вызвано первоначальной интрузивной мыслью [излагает пример пациента], и вы начали беспокоиться о том, какая ситуация может случиться, и как действовать в случае, если она случится [показывает на беспокойство 1 типа]. Это было связано с чувством тревоги [показывает связь между беспокойством 1 типа и тревогой]. Но это был не конец, поскольку затем вы начали беспокоиться о том, что вы думаете и чувствуете. Мы называем это «беспокойством о беспокойстве», или беспокойством 2 типа [показывает на беспокойство 2 типа]. В данном случае вы думали [излагает беспокойство 2 типа у пациента]. Какие последствия имели эти мысли для вашей тревоги?

Итак, вы видите, что частью вашей проблемы является беспокойство о беспокойстве, а также негативные убеждения о беспокойстве. Это беспокойство увеличивает вашу тревожность. Также, вы развили другие поведенческие копинг-стратегии, которые, на самом деле, не обязательно вам помогают [показывает на блоки с видами поведения в формулировке случая]. Например, работало ли что-нибудь из этого до сих пор, помогло ли преодолеть беспокойство, решить эту проблему? Если эти виды поведения не работают, то к какому выводу это вас приводит относительно контролируемости беспокойства?

Также вы используйте несколько интересных стратегий контроля мыслей. Вы пытаетесь не думать о том, что может спровоцировать беспокойство. Также, по-видимому, вы не прерываете систематично процесс беспокойства, когда он активизируется. Если вы продолжаете размышлять об этом, дает ли вам это чувство контроля?

Помимо негативных убеждений, у вас также есть позитивные убеждения о беспокойстве. Мы рассмотрим их позже. Но позвольте мне спросить вас сейчас, как вы думаете, каким образом ваши

позитивные убеждения о беспокойстве могут способствовать тому, что беспокойство сохраняется?

Итак, вы видите, как проблема поддерживается за счет ваших убеждений о беспокойстве и стратегий, которые вы используете для их контроля. Нам нужно изменить эти вещи в ходе лечения, чтобы вы выздоровели».

Шаг 2: гипотетические вопросы

Гипотетические вопросы используются как средство иллюстрации того значения, которое метакогнитивные убеждения имеют для проблемы:

«Я могу пояснить роль убеждений о беспокойстве, задав вам вопрос. Если бы вы были уверены в том, что беспокойство вам только на пользу, какую часть проблемы составляло бы беспокойство?»

«Если бы вы внезапно обнаружили, что можете контролировать беспокойство, какая часть проблемы осталась бы?»

«Если бы вы обнаружили, что беспокойство не может нанести вред вашей психике и вашему телу, привело бы оно к такому сильному стрессу?»

Шаг 3: диссонанс (стратегия двойственности)

Следующий способ донести информацию о том, что убеждения играют центральную роль в проблеме, это продемонстрировать, как метакогнитивные убеждения ставят пациента в безвыходную ситуацию, которая может привести только к трудноконтролируемому беспокойству:

«По-видимому, вы пребываете в двойственной ситуации относительно беспокойства. С одной стороны, вы убеждены в его преимуществах, но, с другой стороны, вы убеждены в том, что оно неконтролируемо и вредно. Насколько просто вам перестать беспокоиться, пока вы в такой патовой ситуации?»

Или:

«Как вы видите, вы находитесь в двойственной ситуации относительно беспокойства. Не лучше ли было бы определиться? Какие проблемы создает двойственная ситуация?»

Шаг 4: сомнения в эффективности поведения

Подвергая сомнению результаты поведения, терапевт помогает

пациентам понять, что виды их саморегуляторного поведения не эффективны. Подобное понимание позволяет терапевту сформулировать важный вопрос, который мягко подводит пациента к первому терапевтическому упражнению — применению ДМ и откладыванию беспокойства. Используются следующие вопросы:

«Насколько эффективно ваши действия помогли вам избавиться от беспокойства на долгий срок?»

«К каким выводам относительно контролируемости беспокойства подвели вас ваши действия?»

«Ваша неспособность контролировать беспокойство может означать, что оно неконтролируемое, но может ли оно также означать, что вы применяете не те стратегии контроля? Вы когда-нибудь задумывались об этом раньше?»

Шаг 5: эксперимент с подавлением

Далее используется эксперимент с подавлением, чтобы продемонстрировать, насколько некоторые стратегии контроля мыслей являются контрпродуктивными или неэффективными, и не предоставляют полезной информации о беспокойстве. Пациента просят подавить нейтральную мысль. Эксперимент обычно проводится с кратким обоснованием следующим образом:

«Давайте посмотрим, насколько непродуктивными могут быть ваши стратегии. Давайте попробуем применить их к нейтральной мысли. Предположим, что вы беспокоитесь о синих кроликах. Я попрошу вас в течение трех минут воздерживаться от любых мыслей о синих кроликах. Чтобы вы ни делали, вы не должны думать о синем кролике в любом виде. Начали.

Хорошо, мы закончили. Что случилось, когда вы попытались подавить эту мысль?»

Как правило, пациент сообщает о том, что подавить мысль не удалось. Этот результат можно использовать для иллюстрации того, как попытки подавить триггеры беспокойства не приводят к успеху. Терапевт спрашивает: «Если стратегия неэффективна, почему вы убеждены в том, что она может проконтролировать беспокойство?»

В некоторых случаях пациенту удастся подавить означенную

мысль. Тогда терапевт может просто спросить: «Похоже, вы смогли подавить эту мысль. Можете ли вы сделать то же самое со всеми триггерами вашего беспокойства?» Ответ на этот вопрос может быть использован для демонстрации того, что стратегия не является систематически эффективной.

Переход от социализации к метакогнитивной модификации

При завершении первоначальной социализации пациента следует попросить кратко суммировать то, что он узнал о причинах беспокойства. Терапевт дает следующее краткое описание МКТ:

«Лечение будет фокусироваться на изучении более эффективных способов обращения с вашими мыслями, вызывающими беспокойство, чтобы вы смогли осознать, что беспокойство можно контролировать. Затем мы попытаемся разобраться с негативными убеждениями об опасности беспокойства, которые есть у вас. Эти убеждения вызывают сильную тревогу, поэтому мы вскоре рассмотрим их. Далее мы перейдем к позитивным убеждениям о беспокойстве и к альтернативным способам реагирования на негативные мысли».

Подвергание сомнению убеждений о неконтролируемости

Следующая стадия — использование вербальной реатрибуции для анализа и ослабления убеждений о неконтролируемости беспокойства. Используется обсуждение смягчающих воздействий на беспокойство, чтобы предоставить доказательства того, что беспокойство подлежит контролю и может быть легко заменено альтернативными стимулами, требующими переработки. Например, терапевт может спросить:

«Что случится, если в разгар беспокойства зазвонит телефон и вам нужно будет ответить? Что случится с вашим беспокойством?

«Если беспокойство и в самом деле не поддается контролю, почему оно в принципе прекращается?»

Последний вопрос может породить весьма интересные ответы. Как показывает следующий диалог, терапевт должен внимательно изучить концепцию контроля пациента и отличить контроль беспокойства от подавления мыслей:

ТЕРАПЕВТ (Т.): Насколько вы убеждены в том, что

беспокойство не поддается контролю?

ПАЦИЕНТ (П.): На 80%.

Т.: Если беспокойство и в самом деле не поддается контролю, почему оно в принципе прекращается?

П.: Оно не прекращается, пока не исчезает его причина.

Т.: Что происходит с вашим беспокойством, когда вы спите?

П.: Оно со мной, даже когда я сплю. Я просыпаюсь с чувством усталости.

Т.: Чувство усталости — это то же самое, что беспокойство?

П.: Нет, думаю, что другое.

Т.: Итак, если беспокойство нельзя проконтролировать, то как вы вообще засыпаете?

П.: Ну, иногда уснуть бывает сложно, но я думаю, что оно прекращается.

Т.: Да, все верно. Что происходит с вашим беспокойством, когда вам нужно сделать что-нибудь важное, например ответить на телефонный звонок? Оно остается таким же по силе?

П.: Нет, оно начинается и прекращается.

Т.: Правильно. Говорит ли это о том, что беспокойство является неконтролируемым?

П.: Нет, немного я могу контролировать. Но не тогда, когда беспокойство очень сильное.

Т.: Хорошо, давайте посмотрим, что мы понимаем под «контролем». Вы не всегда можете контролировать первоначальные мысли, вызывающие беспокойство, но вы можете не вовлекаться в цепочку беспокойных мыслей, которая следует за ними. И как раз этим я хочу предложить сейчас заняться.

Отстраненная осознанность и откладывание беспокойства

Социализация уже должна была к этому моменту поспособствовать переходу пациента на метакогнитивный уровень рассмотрения проблемы. На этой стадии лечения

полезно проверить, понимает ли пациент, что его проблему составляют убеждения о беспокойстве и непродуктивные стратегии регулирования мыслей.

Следующий шаг опирается на эксперимент с подавлением и развитие навыков применения ДМ. В главе 5 мы рассмотрели ряд техник для вызова состояния ДМ. Стратегия, используемая в лечении ГТР, заключается в идентификации триггера, применения к нему ДМ и откладывания процесса беспокойства, который обычно следует за триггером.

Это может быть рассмотрено как средство разъединения интрузий от контроля последующей переработки, в результате чего у пациента развивается бóльшая метакогнитивная гибкость. Более того, этот шаг используется как часть последующего поведенческого эксперимента, тестирующего негативные метакогнитивные убеждения о неконтролируемости беспокойства.

Отстраненная осознанность

Ссылаясь на эксперимент с подавлением и/или неэффективность копинг-стратегий, терапевт напоминает пациенту о том, что его попытки контролировать триггеры беспокойства не были эффективными и не помогали решить проблему. В связи с этим, ему нужен новый подход, который позволит ему обнаружить правду о неконтролируемости беспокойства. Для перехода на эту стадию используются следующие вопросы:

«Вы когда-нибудь принимали решение не беспокоиться в ответ на провоцирующую беспокойство мысль?»

«Вы когда-нибудь пытались держать в уме триггер и просто оставить все, как есть?»

«Вы когда-нибудь относились к своим негативным мыслям просто как к явлениям, происходящим в вашем мозгу?»

Создав таким образом нужные условия, терапевт инструктирует пациента о применении ДМ к мыслям. Обычно она практикуется с нейтральными мыслями, а затем с двумя-тремя типичными триггерами беспокойства. Терапевт предваряет упражнение следующими словами:

«Мы видели, что попытки проконтролировать мысли, вызывающие дальнейшее беспокойство, не помогают решить проблему надолго. Пришло время попробовать какой-нибудь новый метод, и этот метод называется отстраненной осознанностью. Он позволит вам по-другому отнестись к своим мыслям и раскрыть правду о беспокойстве. Через минуту я попрошу вас подумать о тигре и позволить этой мысли занять место в вашей голове. Просто наблюдайте за мыслью и ничего не делайте, чтобы проконтролировать или повлиять на нее каким-либо образом.

Хорошо, вы готовы вызвать эту мысль? Просто наблюдайте за тигром. Вы можете заметить, что он двигается, но не делайте ничего для того, чтобы он двигался. Вы можете заметить, что мысль ослабевает, но специально ничего для этого не делайте. Вы можете заметить, что в голову приходят другие мысли, но не вызывайте их сознательно. Наблюдайте за мыслью отстраненно».

Примерно через 2 минуты терапевт должен определить, было ли задание выполнено удовлетворительно. Если возникли сложности, их необходимо проанализировать и устранить. Например, некоторые пациенты сообщают, что не смогли «придерживаться» мысли. Эту проблему необходимо обсудить в том ключе, что она свидетельствует о попытках индивида сознательно повлиять на мысль, что не являлось целью упражнения. Полезно мягко напомнить пациенту, что его задача — отстраненно наблюдать за мыслью, чтобы с ней ни происходило. Затем задание необходимо повторить или применить альтернативную ДМ-стратегию, например свободные ассоциации (см. главу 5), чтобы пациент получил необходимый опыт.

Следующий шаг — это применение техники к последнему триггеру беспокойства. Прежде всего, терапевт идентифицирует триггер следующим образом: «Подумайте о самом последнем эпизоде беспокойства. Какая мысль его вызвала?» На этом шаге фиксируется негативный образ или мысль «что если...?». Затем терапевт предлагает повторить ДМ-процедуру для этого триггера:

«Я попрошу вас представить себе этот триггер беспокойства. Позвольте ему быть в вашем мозгу, но ничего не делайте с ним. Не пытайтесь избавляться от нее, прорабатывать, применять к ней логические доводы. Это всего лишь мысль».

Эксперимент с откладыванием беспокойства

После применения техники DM пациенту предлагают отложить беспокойство, которое обычно следует за мыслями-триггерами, чтобы улучшить проведение DM и оспорить убеждение о неконтролируемости беспокойства. При этом крайне важно, чтобы терапевт проводил четкое различие между *подавлением мысли* (что нежелательно) и *откладыванием беспокойства*. Как правило, дается следующее объяснение:

«В качестве домашнего задания я прошу вас применить технику отстраненной осознанности к каждой из мыслей, вызывающих беспокойство. Затем отложите на потом любое беспокойство, любую рефлексию. Вы могли бы сказать себе, например, так: «Это вызывающая беспокойство мысль, мне не нужно ее обдумывать и запускать процесс беспокойства, я подожду и вернусь к ней позже». Затем, в течение этого же дня, я бы хотел, чтобы вы выделили время на беспокойство об этой мысли. Время следует ограничить 10 минутами, и не перед отходом ко сну. Реализовывать эту возможность необязательно — большинство людей про нее забывают — то есть, я не говорю, что вы непременно должны использовать то время для беспокойства. Используя откладывание беспокойства, вы можете проверить, насколько неконтролируемым является беспокойство на самом деле. Вы когда-нибудь пробовали применять аналогичную стратегию?

Важно, чтобы вы осознавали разницу между подавлением и откладыванием беспокойства. Я не прошу вас не думать эту мысль. Мысль, которая действует как триггер, может оставаться, но вы сознательно выбираете не включать следующий за ней процесс размышлений. Например, у вас появилась мысль-триггер о работе, скажем: «Что, если я не справлюсь?». Я не хочу, чтобы вы пытались ее подавить. Скажите себе: «Это триггер беспокойства. Я просто оставлю его и ничего не буду с ним делать. Я разберусь с ним позже». Мысль может оставаться, но выбираете не реагировать на нее беспокойством, как обычно. Вы понимаете, о чем я вас прошу? Это эксперимент, который покажет, насколько неконтролируемо беспокойство».

Затем терапевт производит оценку убеждения в неконтролируемости и повторяет ее через неделю выполнения домашних заданий. Обратите внимание, что показатель изменения убеждений в неконтролируемости может быть получен путем применения GADS-R.

Оспаривание убеждений о неконтролируемости

Вербальные методы

Дальнейшее оспаривание убеждения в неконтролируемости достигается за счет рассмотрения контрдоказательств. Например, терапевт спрашивает, что происходит с беспокойством пациента, когда его отвлекает звонок в дверь или необходимость открыть дверь? Или если необходимо срочно уделить внимание ребенку? Терапевт стремится показать, что беспокойство вытесняется другими стимулами, конкурирующими с ним за внимание, а, следовательно, должно реагировать на реакции и приоритеты пациента. Также, терапевт спрашивает, что происходит с беспокойством, когда пациент спит, что является еще одним доказательством того, что его можно контролировать. (Обратите внимание: нарушения сна, вызванные беспокойством, не являются доказательством того, что беспокойство нельзя контролировать. Это просто показатель того, что пациент не использовал *правильный* контроль.)

Эксперименты с потерей контроля

Для полной модификации убеждений о неконтролируемости необходимо вносить коррективы в эксперимент с откладыванием беспокойства. На следующей стадии лечения пациенту дается задание «стимулировать беспокойство» в двух контекстах: в периоде, на который было отложено беспокойство, и во время эпизода беспокойства. Цель — предоставить неопровержимые доказательства, что беспокойство не может стать неконтролируемым, даже если пациент пытается потерять контроль.

Эксперимент с потерей контроля лучше всего вводить и практиковать в первый раз на терапевтической сессии. Это снижает страх пациента, связанный с самостоятельным проведением эксперимента дома, и таким образом повышает согласие.

На сессии терапевт просит пациента вызвать последнее или актуальное беспокойство и затем начать беспокоиться с целью беспокоиться так сильно, как только возможно, чтобы проверить,

возможно ли потерять контроль над активностью. Перед процедурой пациент инструктируется следующим образом:

«Вы уже знаете, что беспокойство не является неконтролируемым, поскольку вам удавалось его отложить на потом. Но что случится, если беспокойство будет очень сильным? Насколько вы убеждены в том, что можете потерять из-за этого контроль?»

Важно убедиться, что на самом деле вы не можете потерять контроль над беспокойством. Один из способов сделать это — специально беспокоиться сильнее. Вы можете вызвать мысль об актуальном или последнем беспокойстве?

Я хочу, чтобы вы размышляли об этом беспокойстве и запустили процесс беспокойства, беспокоились так сильно, как можете, усугубили, катастрофизировали ситуацию и попытались потерять контроль. Попробуйте сделать это прямо сейчас. Начали».

Затем клиенту предлагает практиковать эксперименты с потерей контроля дома, во время периода отложенного беспокойства и затем снова в момент переживания триггера беспокойства. Некоторые пациенты чувствуют себя достаточно уверенно и сразу переходят к усилению беспокойства в актуальной ситуации, в таком случае период отложенного беспокойства можно опустить. Как и во всех поведенческих экспериментах, терапевт отслеживает изменения убеждения в ходе процедуры, используя вербальные оценки убеждения в неконтролируемости и/или самоотчеты GADS-R.

Некоторые пациенты сомневаются в полезности усиления беспокойства на терапевтической сессии или не принимают эксперимент всерьез, считая его «искусственным», не имеющим отношения к настоящему беспокойству. Это естественно, поскольку ситуация создана специально и нужна для того, чтобы подчеркнуть необходимость практиковать технику дома и протестировать убеждения в реальных условиях. Терапевт должен осознавать, что сопротивление такого рода может указывать на избегание и что процедура все равно должна быть проведена.

Оспаривание метакогниций, связанных с опасностью

После того как убеждения о неконтролируемости беспокойства были эффективно оспорены, на что указывают низкие баллы по

шкале GADS-R, близкие к 0 (или 0), можно переходить к оспариванию метакогниций, связанных с опасностью.

Методы вербальной и поведенческой реатрибуции используются для ослабления и изменения метакогниций, связанных с опасностью. Перед поведенческими экспериментами используются несколько вербальных стратегий. Эти вербальные методы включают: 1) усиление диссонанса; 2) оспаривание аргументов пациента; 3) изучение контраргументов; 4) подвергание сомнению механизма; и 5) предоставление новой информации.

Усиление диссонанса

Когда позитивные убеждения о пользе беспокойства очевидны с самого начала лечения, они предоставляют возможность сделать очевидным для пациента конфликт, который есть между такими убеждениями и метакогнициями, касающимися опасности. Внесение диссонанса может изменить любую часть уравнения: оно может привести к ослаблению позитивных либо негативных убеждений. Для этой цели полезно использовать следующие вопросы:

«По всей вероятности, вы убеждены, что беспокойство имеет преимущества, но одновременно оно приносит вред. Разве может быть правдой и то, и другое?»

«Правда ли, что беспокоиться это в равной мере и плохо, и хорошо?»

«Думали ли вы когда-нибудь о том, что беспокойство может быть ни вредным, ни полезным — что оно может быть не важным?»

Оспаривание аргументов пациента

Терапевт ставит под сомнение аргументы пациента, которыми он поддерживает свои негативные метакогнитивные убеждения, связанные с опасностью. Беспокойство часто приравнивают к концепции стресса. Поскольку пациент убежден, что стресс — вреден, он убежден и в том, что беспокойство так же вредно. Мы обнаружили, что в подобном случае бывает полезно показать пациенту, что стресс и беспокойство — совершенно разные понятия. Один из способов сделать это — продемонстрировать, что беспокойство является копинг-стратегией в ответ на стресс и

негативные мысли. Таким образом, *оно не то же самое*, что и стресс, а является *реакцией* на стресс.

Дальнейшее обсуждение должно фокусироваться на том факте, что гипотеза о прямом вреде психологического стресса для здоровья не достаточно подтверждена данными. Взаимосвязи кажутся слабыми и опосредованы оценками контроля и чертами личности. Стрессовая реакция может быть рассмотрена как часть более широкой тревожной реакции, представляющей собой природный защитный механизм от угрозы. Если бы стресс был вреден, естественный отбор отбраковал бы уязвимых индивидов. В этой фазе лечения терапевт может использовать следующие вопросы:

«Откуда вы знаете, что беспокоиться — вредно?»

«Как давно вы уже беспокоитесь? Насколько вам это повредило?»

«Как вы думаете, сколько людей, живущих на вашей улице, беспокоятся и у скольких из них в результате разовьется физическая или психическая болезнь?»

«Могли бы вы поклясться под присягой в суде, что беспокоиться — вредно для здоровья, с учетом всех имеющихся доказательств?»

Книгу «Правда о стрессе» (The Truth about Stress, Patmore, 2006) можно рекомендовать тем пациентам, которые хотят подробнее ознакомиться с мифом о стрессе.

Сбор контраргументов

Ранее мы видели, как терапевт привлекал внимание пациента к контраргументам, спрашивая, как давно беспокоится пациент и какие психические или физические проблемы у него есть из-за этого. Этот прием может дать обратный эффект, так как у пациента в самом деле могут оказаться проблемы со здоровьем, которые он ошибочно объясняет беспокойством. В таких обстоятельствах необходимо показать, что беспокойство и проблемы со здоровьем могут коррелировать, но это не означает, что беспокойство вызывает проблемы со здоровьем (напр., что пациент беспокоится о своем здоровье из-за симптомов: плохое здоровье ведет к беспокойству, но это не означает, что беспокойство является причиной плохого здоровья).

Необходимо проанализировать наблюдения, противоречащие

предсказаниям, сделанным на основе убеждений об опасности. Одна из стратегий состоит в том, чтобы спросить пациента, знает ли он кого-нибудь еще, кто много беспокоится, и если да, то есть ли у этого человека серьезные физические и психические проблемы, вызванные беспокойством.

Люди часто считают, что беспокойство и стресс — это одно и то же. Убеждение, что стресс или беспокойство вредны для здоровья, можно оспорить, попросив пациента вспомнить, сколько людей постоянно подвергаются интенсивному стрессу, например автогонщики или солдаты на боевых учениях. Эти ситуации не могут не сопровождаться высоким уровнем тревоги и беспокойства, однако же у этих людей нет физических или психических заболеваний, которые имели бы место, если бы убеждения пациента были правильными. Можно привести прямую контраргументацию, например рассказать о том, что в военное время количество психических расстройств среди гражданского населения снижается.

Оспаривание механизма и поиск контраргументов

Один из способов оспорить убеждения о вредных последствиях беспокойства — это оспорить механизм, связывающий беспокойство с негативными последствиями. Часто оказывается так, что пациент впервые рассматривает такие вопросы. Один только этот процесс, если он дает представление об отсутствии объяснения, может ослабить негативные убеждения. Терапевт нацелен на оспаривание наличия или валидности любого механизма. Основные полезные вопросы таковы:

«Что это за механизм, посредством которого беспокойство вызывает [вставьте идиосинкразические опасные последствия]?»

«Как именно беспокойство вредит физическому здоровью?»

«Как именно беспокойство вредит психическому здоровью?»

Как правило, в ответ на эти вопросы следует отчет о симптомах.

Например, терапевт спросил женщину 53-х лет, проходившую МКТ по причине ГТР: «Как именно беспокойство вредит физическому здоровью?». Она ответила: «Оно повышает давление, а я знаю, что высокое давление ведет к проблемам с сердцем». Терапевт провел различия между хронически повышенным давлением,

повышающим риск сердечно-сосудистых заболеваний, и временным повышением давления, вызванным беспокойством и тренировкой. Проведя параллели между последствиями беспокойства и тренировки, терапевт смог показать, что временное повышение может в действительности улучшить работу сердца.

Если у пациента есть страхи, касающиеся негативного влияния беспокойства/тревоги на организм, например на сердечно-сосудистую систему, бывает полезно объяснить механизм, посредством которого тревога влияет на физиологию, и таким образом представить неподтверждающий аргумент. Например, пациент считал, что беспокойство может привести к проблемам с сердцем. Его страх был основан на наблюдении, что когда он беспокоился и тревожился, то замечал изменения в сердечном ритме. Терапевт объяснил, как тревога влияет на выработку адреналина и используя направляемое обучение, помог пациенту увидеть, как адреналин может спасти жизнь в случае сердечного приступа. Вот как протекал этот диалог:

ТЕРАПЕВТ (Т.): Вы знаете, почему сердцебиение учащается, когда вы тревожитесь?

ПАЦИЕНТ (П.): Потому что я напуган.

Т.: Правильно, а когда вы напуганы, какое вещество производит организм, которое заставляет ваше сердце биться чаще?

П.: Может быть, адреналин?

Т.: Именно так, организм вырабатывает адреналин, который помогает ему выжить в случае, когда ему угрожает опасность. Вы видели медицинские сериалы, в которых врачи пытаются завести сердце пациента, у которого случился инфаркт?

П.: Да.

Т.: Что они делают, чтобы запустить остановившееся сердце?

П.: Используют дефибриллятор.

Т.: Правильно. А что они колют прямо в сердце?

П.: Адреналин.

Т.: Правильно. Думаете, они поступали бы так, если бы адреналин вредил сердцу?

П.: Нет.

Т.: Как вы видите, адреналин может спасти вам жизнь. Даже если у вас был инфаркт и сердце стало слабее, адреналин может спасти вам жизнь. Разве врачи использовали бы адреналин, если бы он только ухудшал положение дел?

П.: Нет, я понимаю, что вы имеете в виду. Значит, адреналин мне не навредит?

Т.: Что вы думаете теперь, когда мы изучили некоторые контраргументы?

П.: Нет, вероятно, не навредит, может быть, он даже полезен.

Т.: Можете привести пример того, что повышает частоту сердцебиений?

П.: Например, тренировка?

Т.: Да, хороший пример. Можете ли вы утверждать, что занятия спортом — вредны для сердца?

П.: Нет, наоборот рекомендуют заниматься спортом, чтобы защитить себя от проблем с сердцем.

Т.: Правильно. Как вы видите, учащенное сердцебиение совершенно не показатель того, что беспокойство навредит вашему сердцу.

Упоминание эволюционных преимуществ может быть эффективным инструментом в противодействии негативным убеждениям о беспокойстве и тревоге/стрессе. Терапевт использует направляемое обучение, чтобы помочь пациенту осознать, что если бы беспокойство и стресс не помогали человеку выживать, а напротив негативно влияли на психику и физиологию, эволюция давно избавилась бы от этой стратегии. Следующая стенограмма иллюстрирует использование этой техники:

ТЕРАПЕВТ (Т.): Подумайте об эволюции человеческого вида. Как вы думаете, были ли условия жизни стрессовыми для наших

предков?

ПАЦИЕНТ (П.): Должно быть, да.

Т.: Как вы думаете, почему они были стрессовыми?

П.: Полагаю, была куча вещей, о которых люди тогда еще не знали. Многие вещи, о которых мы сегодня не беспокоимся, были для них источником стресса.

Т.: Уверен, что вы правы. Как вы думаете, много ли у них было причин для беспокойства?

П.: Да, намного больше, чем сегодня.

Т.: Если бы беспокойство и стресс вызывали психические расстройства, как вы думаете, смогли бы люди эволюционировать и не вымереть?

П.: Вероятно, нет.

Т.: Итак, теперь, когда мы изучили некоторые контраргументы, насколько вы убеждены в том, что беспокоиться вредно для вашего психического здоровья?

Эволюционная стратегия может удачно сочетаться с объяснением механизма выживания — терапевт предоставляет информацию о том, что тревожная реакция является частью эволюционного механизма выживания. Такой механизм не был бы эффективен, если бы был сопряжен с опасными последствиями, такими как психические или физические болезни. Следующая стенограмма иллюстрирует этот подход.

ТЕРАПЕВТ (Т.): Как вы думаете, есть ли у тревоги преимущества?

ПАЦИЕНТ (П.): Нет, и мне они не нужны. Если бы я мог беспокоиться без тревоги, это было бы одним из возможных решений, потому что тревога мне вредит.

Т.: Вы слышали о реакции борьбы или бегства?

П.: Кажется, но не уверен.

Т.: Это часть нашего эволюционного механизма выживания, и тревога играет в нем центральную роль. Когда человеку угрожает опасность, активизируется чувство тревоги. Это ведет к изменению мыслей и уровню телесного возбуждения — таким образом природа подготавливает человека к активным действиям. Например, сердце начинает биться чаще, а кровь перенаправляется от кишечника в мышцы, чтобы насытить их кислородом. Возможно, вы замечали, что начинали мыслить быстрее, и тому подобные вещи. Это помогает человеку бороться или убежать от ситуации. Как вы теперь понимаете, тревога помогает вам выжить в случае опасности. Думаете, она была бы столь эффективной стратегией выживания для человечества, если бы могла принести ему вред?

П.: Нет, я так не думаю. Я не думал, что тревога может быть полезной.

Т.: Можете ли вы привести другие примеры, когда тревога приносит пользу?

П.: Что, вы имеете в виду пользу для выживания?

Т.: Я сейчас больше размышлял о том, что тревога в небольших количествах помогает повысить результативность работы.

П.: Ну, я слышал, что спортсмены стараются не слишком расслабляться перед соревнованиями.

Т.: Правильно, когда человек встревожен и взвинчен, он действительно может показать более высокие результаты. Возможно, это еще один факт в пользу того, что тревога не вредна для вас.

Поведенческие эксперименты

Предыдущий раздел был посвящен общим техникам вербальной реатрибуции, которые используются для ослабления негативных убеждений об опасности беспокойства. За применением этих техник должны следовать поведенческие эксперименты, которые сведут воедино все приобретенные пациентом знания и протестируют его индивидуальные предсказания. Терапевт не должен полагаться на то, что одних лишь вербальных стратегий будет достаточно для полного и стабильного изменения

негативных метакогнитивных убеждений пациента, что является целью лечения.

Поведенческие эксперименты должны быть последовательным и обязательным компонентом лечения. Пять примеров поведенческих экспериментов, применяемых в МКТ для оспаривания негативных убеждений, приведены в нижеследующих примерах.

Миниопросы

Пятидесятиоднолетний пациент был крайне озабочен тем, что его беспокойство является ненормальным и свидетельствует о том, что его умственная деятельность ослабевает. Он был убежден, что беспокойство является признаком того, что он «теряет способность думать». Терапевт обсудил с ним возможные способы протестировать его убеждение о том, что беспокойство — это ненормально и признак того, что он теряет способность думать.

В результате было решено, что для пациента полезным будет проинтервьюировать четырех людей и задать им вопросы о беспокойстве. Был сделан общий вывод, что если беспокойство пациента ненормально, значит, другие люди беспокоятся меньше и легко контролируют свое беспокойство. Пациенту было предложено задать три вопроса: «Вы когда-нибудь беспокоитесь?», «Вам когда-нибудь бывает сложно контролировать беспокойство?» и «Как часто вы беспокоитесь?». Пациента попросили задать эти вопросы как людям, которые, по его мнению, никогда не беспокоятся, так и людям, которые, по его мнению, много беспокоятся. Также терапевт согласился задать трем людям те же вопросы. Терапевт спросил пациента, какие ответы тот ожидает получить. По мнению пациента, большинство людей должны были сказать, что ни о чем не беспокоятся или беспокоятся редко и легко унимают свое беспокойство.

Результаты опроса стали для пациента большим сюрпризом. Он спросил свою жену о беспокойстве и был крайне удивлен, когда выяснилось, что она беспокоится больше него. Временами она не могла контролировать свое беспокойство, но при этом у нее не

было ГТР. Результаты опроса изменили его убеждение в том, что он — ненормальный и теряет способность думать. Он пришел к выводу, что это еще одно доказательство того, что он просто слишком много беспокоится из-за беспокойства.

Эксперимент «сойти с ума»

На терапевтической сессии терапевт спросил пациентку, женщину 27-ми лет: «Что самое худшее может произойти, если вы будете беспокоиться сильнее?» Пациентка ответила, что боится «помутнения рассудка». Терапевт спросил, какие симптомы у помутнения рассудка и обнаружил, что пациентка боится шизофрении. Терапевт осведомился, по каким признакам пациентка может диагностировать у себя шизофрению, и пациентка объяснила, что по наличию у нее зрительных галлюцинаций.

Был проведен эксперимент, в котором пациентку попросили беспокоиться о только что обсужденной на сессии проблеме и усилить беспокойство до максимума, чтобы проверить, возникнут ли галлюцинации. Когда галлюцинации не появились, этот результат эксперимента снизил уровень убежденности с 65% до 30%. Терапевт спросил об оставшихся процентах, и пациентка ответила, что у нее не было физических симптомов, которые характерны для нее, когда она тревожится. Дальнейшее обсуждение выявило, что основными физическими симптомами пациентки были хаотичные мысли и чувство напряженности в руках. Терапевт внес изменения в эксперимент, попросив пациентку беспокоиться как можно сильнее и одновременно напрячь мышцы рук, чтобы узнать, появятся ли теперь галлюцинации. После эксперимента уровень убежденности снизился до 20%. Оставшиеся 20% были устранены в ходе выполнения домашних заданий, во время которых пациентка сознательно усиливала свои переживания каждый раз, когда беспокоилась.

Нанесение вреда организму беспокойством

Пациент, 31 год, был убежден, что беспокойство сильно вредит его организму. Он был убежден, что дело может дойти до

инфаркта. После обследования, показавшего, что пациент находится в хорошей физической форме и высокие нагрузки для него не представляют опасности, терапевт попросил его беспокоиться во время бега вокруг клиники. Пациент предсказывал, что это приведет к полному физическому изнеможению или даже к сердечному приступу.

После этого эксперимента убеждение пациента в том, что беспокойство вредит организму, снизилось до 30%.

Оценка воздействия беспокойства на организм

Когда пациент убежден, что беспокоиться вредно, терапевт прежде всего ослабляет это убеждение, изучая аргументы и контраргументы. Затем терапевт проводит поведенческий эксперимент для оценки воздействия беспокойства на реакции организма.

Пациентка была озабочена тем, что беспокойство может нанести вред физическому здоровью. Аргументом в пользу этого убеждения служил факт, что при беспокойстве учащается пульс. Терапевт измерил пульс пациентки при трех условиях: 1) легкие физические упражнения, 2) при обдумывании нейтральной мысли сидя на стуле и 3) при беспокойных мыслях также сидя на стуле. Оказалось, физическая нагрузка повышала сердцебиение, но беспокойные и позитивные мысли приводили практически к одинаковому учащению пульса. Этот результат использовался в качестве аргумента против идеи, что беспокойство оказывает выраженный эффект на ее тело.

Терапевт видоизменил эксперимент, спросив пациентку, будет ли разница в частоте пульса, если она будет и не будет беспокоиться при выполнении физической активности. Пациентка предсказала, что сердцебиение будет выше по меньшей мере на 20 ударов в минуту, когда она будет беспокоиться. Терапевт попросил пациентку сделать 10 подъемов на платформу и одновременно беспокоиться, затем 10 подъемов без беспокойства и сравнил пульс пациентки в двух разных ситуациях. Пациентка узнала, что пульс был практически одинаковым в обеих ситуациях. Этот результат эффективно оспорил ее убеждение.

Оспаривание позитивных метакогнитивных убеждений

Модель предусматривает, что позитивные метакогнитивные убеждения о беспокойстве являются нормальными и не специфичными для патологии. Однако, проблема при ГТР заключается в том, что пациентам не хватает гибкости при выборе и применении стратегий обращения с интрузивными мыслями и эмоциями. Другими словами, позитивные убеждения при ГТР монополизируют стиль переработки в ответ на негативные мысли и эмоции. Обращаясь к позитивным метакогнитивным убеждениям, терапевт, если лечение проходит стандартно, приступает к третьей (финальной) стадии лечения. Позитивные убеждения попадают в фокус рассмотрения только после того, как были эффективно оспорены негативные убеждения о неконтролируемости и опасности.

Модификация позитивных убеждений является важным фактором, способствующим высвобождению способности пациента использовать альтернативные способы реагирования на внутренние явления и повышению мотивации к отказу от привычки реагировать экстенсивной концептуальной активностью. Сильные позитивные убеждения могут доставить проблем по завершении лечения, так как они лежат в основе продолжения или восстановления реакций беспокойства.

В МКТ было разработано несколько стратегий для ослабления позитивных убеждений, например стандартные техники вербальной реатрибуции, специфичная стратегия несоответствия и эксперименты с ослаблением беспокойства.

Вербальная реатрибуция

Эту часть лечения терапевт, как правило, начинает с оспаривания преимуществ беспокойства. Этот шаг вводится следующим образом:

«Мы проанализировали ваши негативные убеждения о беспокойстве, и вы смогли увидеть, что беспокойство является контролируемым и безвредным. Теперь пришло время обратить внимание на позитивные убеждения, которые у вас есть относительно пользы беспокойства. Подобные убеждения поддерживают постоянное и чрезмерное использование

беспокойства в качестве копинг-стратегии. Вы уже знаете некоторые новые способы отношения к собственным мыслям, и сейчас мы займемся их укреплением и расширением их репертуара».

Терапевт оспаривает убеждения пациента, оспаривая аргументы в их пользу и рассматривая контраргументы. Вот некоторые примеры типичных вопросов:

«У вас есть какие-нибудь подтверждения того, что беспокоиться полезно?»

«За счет какого механизма беспокойство становится полезным?»

«Могли ли вы делать что-либо и при этом не беспокоиться? С каким результатом?»

«Что происходит с вашей концентрацией, когда вы беспокоитесь?»
(«Как это согласуется с вашим убеждением в пользе беспокойства?»)

«Что происходит с вашим настроением, когда вы беспокоитесь? Так насколько же полезно беспокойство?»

«Если беспокойство эффективно помогает избежать проблем, это должно означать, что люди, которые беспокоятся, имеют меньше проблем в жизни. Это соответствует действительности?»

«Как часто события развивались так, как рисовало вам беспокойство? Если беспокойство преувеличивает реальное положение дел, насколько полезным оно может быть?»

«Позволяет ли вам беспокойство взглянуть на ситуацию со всех точек зрения, включая позитивные стороны? Если оно искажает действительность, может ли оно вам помогать?»

Пример использования этих вопросов во время лечения пожилого пациента с ГТР представлен в следующем диалоге.

ТЕРАПЕВТ (Т.): В чем, как вы думаете, заключается главное преимущество беспокойства?

ПАЦИЕНТ (П.): В том, что я не совершу больших ошибок. Я смогу их избежать.

Т.: Есть ли у вас доказательства того, что беспокойство не дало вам совершить ошибки?

П.: Ну, я беспокоюсь почти всю свою жизнь и полагаю, что до сих пор не совершал крупных ошибок.

Т.: Вы беспокоились обо всем, что происходило в вашей жизни?

П.: Нет, думаю, что не обо всем.

Т.: Вещи, о которых вы не беспокоились, обернулись ошибками?

П.: Нет, иногда приятно удивляешься сюрпризам, о которых даже не думал.

Т.: Так какие у вас есть подтверждения того факта, что беспокойство необходимо, потому что не дает совершать ошибки?

П.: Полагаю, их нет. Но все равно оно иногда может помогать.

Т.: За счет какого механизма беспокойство иногда становится полезным?

П.: Ну, возможно, в результате я правильно предвижу будущие проблемы.

Т.: Как часто ситуация развивается так, как вы предвидели?

П.: Иногда так бывает.

Т.: Именно так, как вы и думали, или немного по-другому?

П.: Нет, не точно так, потому что беспокойство все видит в негативном свете.

Т.: Правильно. Дает ли беспокойство точную или искаженную картину происходящего?

П.: Оно пессимистично, поэтому нереалистично.

Т.: Правильно. Так насколько вы убеждены в том, что беспокойство помогает предотвратить ошибки?

П.: Вероятно, оно не слишком полезно.

Стратегия несоответствия реальности

Стратегия несоответствия беспокойства реальности призвана продемонстрировать, что содержание беспокойства не согласуется с природой реальности. Стратегия необязательно является средством оспаривания содержания беспокойства (хотя у нее может быть такой эффект), а представляет собой средство оспаривания валидности убеждений о пользе беспокойства (метакогниций).

Есть два типа стратегии несоответствия, *ретроспективное* несоответствие и *проспективное* соответствие. Обе стратегии включают детальное описание пациентом этапов его процесса беспокойства и затем сравнение этих этапов с описанием происходивших событий. Эта стратегия может применяться для прошлого события (ретроспективное несоответствие) и для будущего события (проспективное несоответствие).

В ретроспективной версии терапевт сначала идентифицирует недавнюю ситуацию, которая произошла с пациентом и из-за которой он беспокоился. Терапевт получает подробное описание содержания этапов эпизода беспокойства и записывает их в первую колонку двухколоночной таблицы. Эта колонка называется «Сценарий беспокойства». Этапы процесса беспокойства определяются посредством повторяющихся вопросов терапевта: «А затем о чем вы подумали или беспокоились?». Или же терапевт повторяет: «Что, если это произойдет?» на каждом этапе, пока не будет собрана новая информация.

В следующей колонке, озаглавленной «Реальный сценарий» терапевт записывает, как на самом деле развивались события в ситуации беспокойства. Терапевт постоянно спрашивает: «А что на самом деле произошло дальше?». Затем терапевт инструктирует пациента сравнить уровень соответствия двух сценариев, подчеркивая те расхождения, которые существуют. Техника заканчивается вопросом терапевта: «Если беспокойство не так уж сильно соответствует реальности, насколько полезным оно может быть?». Пример заполненных несоответствующих сценариев приведен в табл. 6.3.

Терапевт использует проспективное несоответствие, когда пациенту предстоит заняться какой-либо деятельностью и он беспокоится на этот счет. Также она полезна, если пациент избегает ситуаций, поскольку мысль о них вызывает длительное беспокойство. В этих обстоятельствах сценарий беспокойства пишется на терапевтической сессии, а в качестве домашнего задания пациент должен вступить в избегаемую ситуацию или ситуацию, вызывающую беспокойство, затем записать реальный

сценарий и принести его на следующую сессию. На следующей сессии терапевт и пациент достают сценарий беспокойства из папки и пишут более подробный реальный сценарий, основываясь на записях пациента. Далее два сценария сравниваются.

Таблица 6.3. Заполненные несоответствующие сценарии

Сценарий беспокойства	Реальный сценарий
Ситуация: визит к друзьям на несколько дней	
Триггер: «Вдруг я приеду позже?»	
«Я опоздаю на поезд».	«Я приехал рано».
«Я приеду самым последним».	«Было не очень много людей».
«Все напьются».	«Была вкусная еда и вино».
«Я не смогу к ним присоединиться».	«Я познакомился с парой приятных ребят».
«Я начну тревожиться».	«Жду следующего месяца, когда снова приеду к своим друзьям».
«Мне придется уехать».	
«Я окажусь на улице».	
«На меня нападут грабители».	
«Я могу умереть».	

Эксперименты с ослаблением беспокойства

Если позитивные убеждения о беспокойстве правильны и беспокойство полезно, то из этого логически вытекает, что периоды усиления и ослабления беспокойства в жизни пациента должны оказывать наблюдаемый эффект на результаты. Поскольку у пациента уже есть опыт уменьшения беспокойства, полученный в лечении, воздействие этого уменьшения на результаты может быть использовано терапевтом с целью ослабления позитивных убеждений.

«Мы уже получили с вами некоторые данные, касающиеся вопроса о том, насколько полезно беспокойство. Вспомните, как в начале лечения вы откладывали беспокойство на потом. Была ли та

стратегия непродуктивной? Приводила ли к тому, что вы справлялись с делами хуже или что-то не получалось, когда вы беспокоились меньше?

За этим опросом может следовать эксперимент, в котором беспокойство усиливается и ослабевает с конкретной целью оценить его воздействие на повседневные результаты, такие как продуктивность на работе, копинг и повседневные события. Для лучшего проведения эксперимента терапевт вместе с пациентом должен определить наблюдаемые признаки беспокойства, которое было полезным, и отсутствия беспокойства, которое было непродуктивным. Цель — протестировать предсказание, что отсутствие беспокойства приведет к худшим результатам, чем беспокойство.

Например, пациентку, которая была убеждена, что «Беспокойство означает, что я буду более продуктивна в работе», попросили сильнее беспокоиться в первый рабочий день после сессии, а на следующий день отказаться от беспокойства и посмотреть, скажется ли это на работоспособности. На следующей терапевтической сессии терапевт спросил пациентку, заметила ли она какую-нибудь разницу в работоспособности за эти два дня. Пациентка ответила, что разницы не было. Она поняла, что она — аккуратный и предусмотрительный человек в любом случае и что беспокойство не повышало ее продуктивность.

Новые планы для переработки

После того как негативные и позитивные метакогнитивные убеждения были эффективно изменены, наступает финальный этап лечения, на котором проводится профилактика рецидива — компиляция и укрепление альтернативных метакогнитивных планов (процедурализованного — «приобретенного посредством опыта» — знания), которые могут контролировать реакции на интрузивные мысли и стресс.

Для процедурализации планов замены необходимо регулярно практиковать новые стратегии переработки. В частности важно, чтобы пациент все время осознавал персеверативный процесс, поскольку изменения содержания могут скрыть тот факт, что процесс остался не затронут.

Например, пациентка сообщила, что больше не беспокоится, как бывало раньше. Однако, она хотела обсудить с терапевтом одну тревожившую ее вещь. Она объяснила, что посмотрела фильм о пациенте, который в ходе терапии вспомнил, что в детстве подвергся насилию. После фильма пациентка стала анализировать собственный опыт, пытаясь понять, может ли причиной ее ГТР быть пережитое в детстве насилие, воспоминания о котором были вытеснены из памяти.

Терапевт помог ей увидеть, что этот анализ является всего лишь еще одной манифестацией беспокойства/руминации: причина, по которой она себя так чувствовала, заключалась в том, что процесс беспокойства по-прежнему происходил. Пациентка продолжала придерживаться устойчивых позитивных убеждений о пользе беспокойства и аналитического мышления как стратегии поиска решений по поводу негативных чувств. Она нуждалась в дальнейшем развитии навыков распознавания и обнаружения процесса беспокойства (безотносительно его содержания) как части ее альтернативного плана для переработки. Таким образом, в альтернативный план переработки входят: обнаружение процесса беспокойства, применение отстраненной осознанности к мысли-триггеру и разрешение эмоциям «приливать и отливать», не пытаясь понять их.

Могут быть разработаны самые различные альтернативные планы для переработки. Примеры стратегий, наиболее часто используемых как компонентов новых планов, приведены в табл. 6.4. Важно отметить, что эта часть лечения осуществляется только после успешной модификации негативных убеждений об опасности, поскольку альтернативные планы не должны стать источником избегания, что может произойти произвольно.

Таблица 6.4. Примеры компонентов, используемых в новых планах

Старый план	Новый план
1. «Если мне в голову приходит негативная мысль, я беспокоюсь о том, что может случиться и думаю, как этого избежать».	«Если мне в голову приходит мысль, я оставляю ее без изменения и жду, что случится».
2. «Если мне в голову приходит	«Если мне в голову приходит

негативная мысль, я рассматриваю все возможности, чтобы не быть застигнутым врасплох».	негативная мысль, я представляю себе одну позитивную вещь, а не рассматриваю все возможности».
3. «Если я беспокоюсь, то фокусируюсь на доказательствах в пользу или против моего беспокойства».	«Если я беспокоюсь, я не ищу никаких доказательств; просто останавливаю мыслительный процесс».
4. «Если мне нужно сделать что-то новое, я пытаюсь прекратить думать об опасности».	«Если мне нужно сделать что-то новое, я позволяю мыслям приливать и отливать, как волнам».
5. «Если я беспокоюсь, то прибегаю к алкоголю, чтобы справиться с беспокойством».	«Если я беспокоюсь, то избегаю алкоголя (усиливаю беспокойство, если нужно доказать его безвредность)».
6. «Если я беспокоюсь, то обращаюсь к партнеру за утешением».	«Если я беспокоюсь, я накладываю запрет на поиск утешения».
7. «Если я делаю что-то новое, то сначала пытаюсь предвосхитить возможные проблемы».	«Я стараюсь приносить в жизнь больше нового, разбивать рутину, не особенно задумываясь об этом»

Профилактика рецидива

Профилактика рецидива состоит в анализе оставшихся баллов по метакогнитивным переменным, которые, как предполагается, остаются уязвимостью. При ГТР негативные убеждения о неконтролируемости и об опасности мыслей являются непосредственной причиной ГТР. Терапевт должен проконтролировать, чтобы значения этих убеждений составляли 0 или близко к тому. Таким образом, на последних двух терапевтических сессиях рекомендуется провести развернутую оценку этой метакогниции — подробно изучить значения по

GADS-R и применить другие оценочные инструменты, например Опросник метабеспокойства и MCQ-30. Если в этих областях остались остаточные убеждения, нужно предпринять дальнейшую модификацию, вернувшись к стратегиям, использованным ранее в лечении, и видоизменив их.

Еще одна причина последующих проблем — продолжающееся использование беспокойства или руминации в качестве копинг-стратегии. Важно, чтобы терапевт убедился в отсутствии других слабо выраженных форм беспокойства у пациента, которые активизируются в ситуациях, и настоятельно подчеркнул необходимость осознания этого процесса и полного отказа от него. Наличие остаточных позитивных убеждений о беспокойстве должно быть проанализировано в этом контексте. При необходимости следует провести дальнейшую работу по их модификации.

Избегание ситуаций и другие виды поведения, например поиск успокоения у других или информации, являются маркерами остаточных убеждений о неконтролируемости и угрозе, обусловленных эмоциями, например тревогой. Эти реакции следует идентифицировать и аннулировать до окончания лечения.

Наконец, терапевт и пациент вместе записывают план терапии, который содержит всю нужную информацию по ГТР и беспокойству, пример формулировки случая, результаты поведенческих экспериментов по тестированию негативных и позитивных метакогниций и новый план для обращения со стрессом и с интрузиями.

Поддерживающие терапевтические сессии проводятся через три и через шесть месяцев после окончания лечения для отслеживания успехов пациента и поддержания знаний и стратегий, которые он приобрел за время прохождения терапии.

План лечения ГТР

Общий план лечения, состоящий из 10 сессий, для применения МКТ при ГТР, представлен в приложении 15. Он представляет собой руководство по структуре и содержанию лечения и должен

применяться гибко, в зависимости от индивидуальных ситуаций. План необходимо осуществлять с учетом стратегий, описанных в данной главе.

Глава 9.

Большое депрессивное расстройство

Метакогнитивная модель и терапия большого депрессивного расстройства (БДР) фокусируются на понимании причин руминации и устранении этого непродуктивного процесса. Руминация — это ключевая характеристика CAS, которая активизируется в ответ на негативные мысли, печаль и переживания утраты. CAS продлевает печаль и негативные убеждения, что ведет к депрессивным эпизодам.

БДР характеризуется единичным большим депрессивным эпизодом или несколькими эпизодами. Большой депрессивный эпизод определяется в DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) как «не менее двухнедельный период, в который наблюдается либо подавленное настроение, либо потеря интереса или удовольствия почти ко всем активностям» (с. 320). В дополнение к этому, должны присутствовать минимум четыре симптома из списка, среди которых, например, изменения аппетита или массы тела, бессонница или сонливость почти ежедневно, повышенное возбуждение или заторможенность, заметные со стороны, слабость и отсутствие энергии, чувство собственной никчемности и чрезмерной вины, сниженная способность мыслить или нерешительность, постоянные мысли о смерти или суицидальность. Симптомы могут длиться в течение почти всего дня, почти ежедневно минимум две недели подряд. Критерии DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) для большого депрессивного эпизода обобщены в табл. 9.1.

В отсутствие лечения большие депрессивные эпизоды (БДЭ) обычно длятся 6 месяцев или дольше. В большинстве случаев наступает полная ремиссия, но примерно в 20–30% случаев остаются симптомы, недостаточные для соответствия критериям постановки диагноза БДР. Такие симптомы могут сохраняться месяцами и даже годами. Индивиды могут страдать от повторяющихся депрессивных эпизодов в течение жизни. Некоторые эпизоды становятся непрерывными; они классифицируются как хронические, если удовлетворяют

критериям БДЭ, по меньшей мере, в течение двух последних лет.

Таблица 9.1. Диагностические критерии БДЭ

<u>Критерий А</u> Наличие не менее пяти из следующих симптомов, отмечавшихся в течение 2-х недель, бóльшую часть дня, почти каждый день (он должен включать 1 или 2): 1. Подавленное настроение; 2. Уменьшение интереса или удовольствия практически во всех активностях / потеря или набор веса / бессонница или сонливость / ажитация или заторможенность / чувство усталости или потеря энергии / чувство никчемности или чувство вины / сниженная способность мыслить / повторяющиеся мысли о смерти или суициде
<u>Критерий В</u> Симптомы не соответствуют критериям смешанного эпизода.
<u>Критерий С</u> Симптомы приводят к значимому дистрессу или нарушениям в значимых сферах деятельности.
<u>Критерий D</u> Симптомы не вызваны приемом психоактивных веществ.
<u>Критерий E</u> Симптомы не могут быть лучше объяснены потерей близкого человека.

Примечание: адаптировано из American Psychiatric Association (2000).

Руминация и депрессивное мышление

Руминация является центральной характеристикой CAS при депрессии. Существуют различные ее определения, но, в целом, она означает трудноконтролируемые постоянные мысли о личных проблемах. Нолен-Хоэксема (Nolen-Hoeksema, 1991) в своей теории стилей реагирования определяет руминацию, как постоянные и пассивные размышления о симптомах депрессии и

возможных причинах и последствиях этих симптомов. Согласно этой теории, руминация состоит в «постоянной фокусировке человека на том, что он в депрессии; на его симптомах депрессии; и на причинах, значениях и последствиях депрессивных симптомов» (Nolen-Hoeksema, 1991, с. 569).

Мартин и Тессер (Martin & Tesser, 1989, 1996) используют термин «руминация» более широко, применительно ко всем классам мыслей, которые имеют тенденцию повторяться. Они предположили, что «руминация — это класс осознанных мыслей, вращающихся вокруг общей инструментальной темы и повторяющихся в отсутствие немедленных средовых требований, требующих мыслительного процесса» (1996, с. 7).

В целом, руминация была определена, как широкий класс повторяющихся мыслей, связанных преимущественно с депрессией (напр., Parageorgiou & Wells, 2004). Теоретическое обоснование расстройства, предлагаемое метакогнитивным подходом (Wells & Matthews, 1994), рассматривает и руминацию, и беспокойство, как произвольные и активные копинг-стратегии, состоящие из повторяющихся размышлений, нацеленных на борьбу с эмоциями и угрожающими событиями. *Руминация* может рассматриваться, как ментальная переработка, нацеленная на понимание причин печали и проработку способов борьбы с неприятными, тяжелыми мыслями и чувствами. Напротив, *беспокойство* направлено на предвосхищение опасности и планирование способов избегания и борьбы с ней. Руминация ищет ответы на такие вопросы, как «Почему я так себя чувствую?», «Что это говорит обо мне?» и «Как мне почувствовать себя лучше?». Беспокойство, в свою очередь, ищет ответы на такие вопросы, как «Что мне делать в будущем?», «Как мне избежать опасности?» и «Как мне подготовиться?».

Согласно метакогнитивной модели, оба типа мышления являются стратегиями, нацеленными саморегуляцию, вызванную внутренними событиями, такими как негативные мысли и эмоции. Например, беспокойство обычно вызывается мыслями об опасности, например: «А что, если на меня нападут?», в то

время как руминация обычно вызывается такими мыслями, как «Никто меня не любит». Проводится важное различие между негативными автоматическими мыслями и реакцией беспокойства или руминации, которые следуют за ними. В МКТ негативные автоматические мысли, которые считаются особенно важными в традиционной КПТ, рассматриваются просто как триггеры для дисфункциональных стилей переработки (напр., руминации), которые служат основной причиной патологии и являются фокусом терапии.

Хотя между беспокойством и руминацией есть частичные совпадения, есть и различия, о которых свидетельствуют типы вопросов, на которые каждый процесс пытается ответить. Руминация больше ориентирована на прошлое, а беспокойство больше ориентировано на будущее. Беспокойство связано с избеганием или предупреждением опасности, а руминация связана с прояснением значения и достижением понимания. Оба процесса, по всей видимости, ассоциируются с избеганием негативных переживаний.

Эмпирические данные подтверждают частичное пересечение понятий. Показатели руминации и беспокойства коррелируют, с совпадениями от 16 до 21% (напр., Segerstrom, Tsao, Alden, & Craske, 2000). В исследовании сходств и различий между беспокойством и руминацией Папагеоргиу и Уэллс (Papageorgiou & Wells, 1999a, 1999b, 2004) обнаружили, что у непациентов руминация, в сравнении с беспокойством, имела меньшее вербальное содержание и была связана с более низкой компульсией к действию, меньшими усилиями и меньшей уверенностью при решении проблем. Однако, руминация была больше ориентирована на прошлое, чем беспокойство. В клинической выборке руминация у пациентов с БДР была сравнена с беспокойством у пациентов, страдающих паническим расстройством. По сравнению с беспокойством индивидов из группы панических расстройств руминация индивидов из группы депрессивных расстройств была продолжительнее по времени, менее контролируемой и более трудно устранимой, а также ассоциировалась с меньшими усилиями при решении проблем, меньшей уверенностью при решении проблем и большей

ориентацией на прошлое. Тем не менее, после коррекции на множественные сравнения единственными оставшимися различиями оказались усилия, предпринимаемые для решения проблем, уверенность при решении проблем и ориентация на прошлое.

Группа исследователей (Fresco, Frankel, Mennin, Turk, and Heimberg, 2002) провела факторный анализ пунктов Опросника беспокойства Пенсильванского университета (Penn State Worry Questionnaire) и Опросника руминативных стилей реагирования (Ruminative Response Styles Questionnaire). Она выявила два фактора руминации, которые назвала «зацикливание на мыслях» (dwelling on thoughts) и «активная когнитивная оценка» (active cognitive appraisal), и два фактора беспокойства, которые назвала «вовлеченность в беспокойство» (worry engagement) и «отсутствие беспокойства» (absence of worry).

В целом, руминация и беспокойство частично совпадают друг с другом, однако являются различимыми подтипами стратегий мышления, которое можно описать как повторяющееся, негативное и саморелевантное. Эти стратегии нацелены на совладание с событиями, мыслями и эмоциями. Это концептуальные процессы, описываемые понятием CAS, и вытекающие из одинаковых метакогниций. Из всего вышесказанного следует вывод, что лечение беспокойства и руминации будет иметь ряд схожих черт.

CAS при депрессии

Как следует из предыдущего изложения, центральной характеристикой CAS является руминация. Однако, беспокойство также является компонентом синдрома в случае депрессии. Некоторые пациенты беспокоятся по поводу повторного возникновения депрессивных симптомов и катастрофизируют свою способность копинга в будущем (напр., «Что, если моя депрессия никогда не кончится?»; «Что, если этот симптом указывает на возвращение болезни?»). Следующий пример иллюстрирует последовательность руминации/беспокойства.

«Я чувствую себя ужасно. Почему я так себя чувствую? Я беспокоюсь, что это никогда не кончится. Я просто чувствую, что больше ничего не могу, мне нечего больше ждать, все так же, как всегда. Все как-то справляются, но я просто не могу. Почему это случилось со мной? Что это говорит обо мне? Должно быть, я — ненормальная. Я должна быть счастлива, но не могу. Почему я так себя чувствую? Я просто не способна найти выход, у меня нет ответов. Это как болезнь, которая побеждает меня. Не думаю, что смогу от нее избавиться».

В этом примере пациентка постоянно задает вопросы о причинах своей депрессии, о том, что она означает, и как найти ответы. Этот процесс циклический и ведет к негативному выводу, который может быть рассмотрен, как безысходность.

Другой компонент CAS, помимо руминации, — это мониторинг угроз. При депрессии он принимает форму фокусировки на симптомах депрессии и изменениях настроения. Например, пациенты мониторят свой уровень энергии или отслеживают признаки усталости, пытаются оценить сложность своей проблемы и их способность справиться с ней.

Дезадаптивные поведенческие копинг-стратегии включают избегание деятельности и социальных контактов. Объем деятельности сокращается, чтобы освободить время для руминации, а время отдыха увеличивается из-за ошибочного убеждения в том, что так будет больше ценного времени для восстановления. ПАВы могут использоваться в качестве средств улучшения настроения. В некоторых случаях наносятся самоповреждения и применяются самонаказания — таким образом индивиды пытаются установить связь с чувствами альтернативными печали или потере аффекта.

Метакогнитивная модель депрессии

Метакогнитивная модель, лежащая в основе концептуализации случая, представлена на рис. 9.1. Ключевые моменты этой модели таковы: 1) позитивные метакогнитивные убеждения о необходимости руминации для совладания с депрессивными чувствами и поиска решений проблем; 2) негативные метакогнитивные убеждения о неконтролируемости руминации, психологической уязвимости Я и опасности депрессивных

переживаний; 3) сниженное мета-осознание руминации; и 4) CAS (руминация, мониторинг угроз и непродуктивные поведенческие копинг-стратегии).

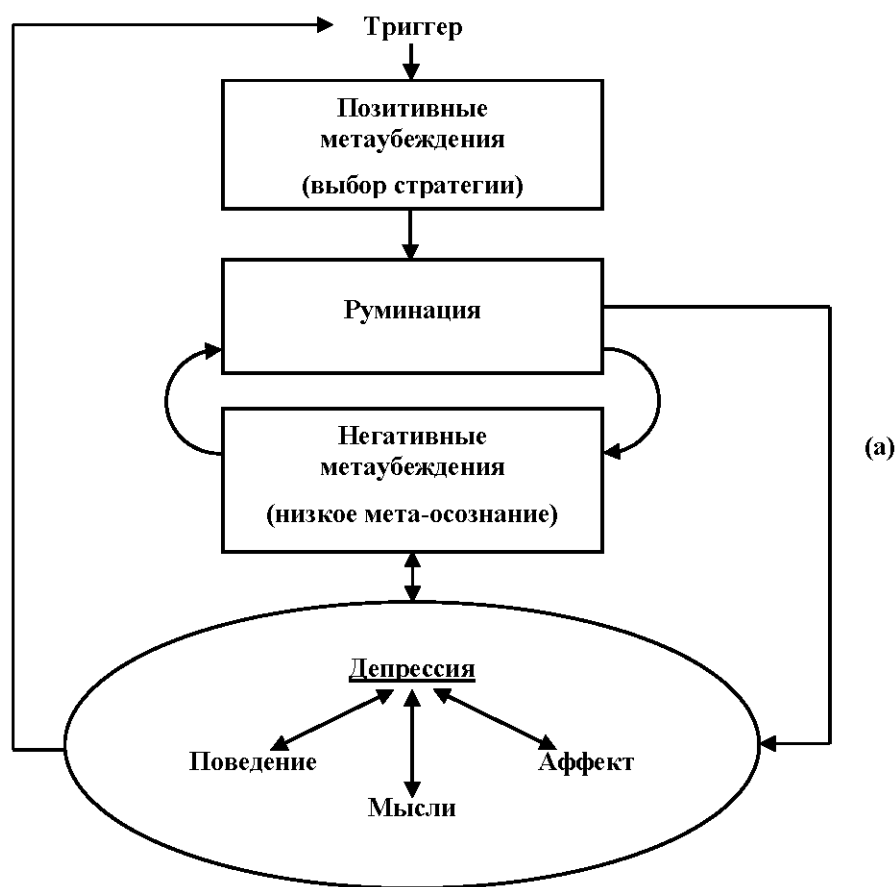


Рис. 9.1. Метакогнитивная модель депрессии

Модель представляет метакогниции и процессы, поддерживающие депрессивный эпизод, но в рамках каждого эпизода могут быть в норме идентифицированы периоды, когда печаль выражена сильнее, а интерес к жизни теряется больше, которые накладываются на общий уровень негативного аффекта. Модель отображает такие периоды, как обусловленные временным состоянием реакции на индивидуальные «триггеры».

Депрессия поддерживается и интенсифицируется за счет активизации руминации и непродуктивных паттернов реагирования. Типичный триггер — это негативная мысль о себе, о будущем или о мире, или симптом, такой как чувство усталости, отсутствие мотивации или чувство печали. Триггер активизирует позитивные метакогнитивные убеждения о необходимости постоянной ментальной переработки или

руминации (длительных размышлений) о значении и причинах этого события. Также, позитивные метакогниции касаются важности мониторинга признаков и симптомов, которые считаются индивидом угрожающими, поскольку они сигнализируют о депрессии. В некоторых случаях убеждения индивида касаются пользы от поддержания уплощения аффекта как способа избегания сильных эмоциональных колебаний. Например, описанный далее пациент рассказывал, как пытался поддерживать низкий уровень грусти, поскольку это было безопасно. Иначе существовал риск столкнуться с необходимостью копинга при ослабевании счастья. Примеры позитивных метакогнитивных убеждений таковы:

«Размышления о причинах грусти помогут мне предотвратить ее».

«Если я буду постоянно размышлять о совершенных ошибках, я стану лучше».

«Размышления о том, какой я плохой, позволят мне освободиться от всего этого».

«Пессимистические мысли не дадут мне разочароваться».

«Размышления о том, какой я плохой, — это наказание, которое я заслужил».

«Для меня лучше быть пессимистом, чем разочароваться в чем-либо».

«Постоянное чувство грусти позволяет мне сохранять стабильность».

Позитивные метакогнитивные убеждения вызывают постоянные размышления о значении и причинах симптомов и жизненных обстоятельствах индивида. В результате депрессивные симптомы длятся дольше и выражены интенсивнее. Этот прямой эффект важен для поддержания расстройств настроения, особенно на ранних стадиях депрессии (он обозначен стрелкой (а) на рис. 9.1).

Из-за затяжной симптоматики и психологических факторов (напр., того, что пациент узнал о депрессии, вступив в контакт с медицинской системой), негативные метакогниции активизируются или подкрепляются. Эти убеждения позволяют руминации и непродуктивным поведенческим копинг-стратегиям продолжаться, так как индивид убежден, что он их больше не

контролирует. Он придерживается идеи, что депрессивные мысли и симптомы являются неконтролируемыми и свидетельствуют о заболевании. Примеры подобных мыслей таковы.

«У меня нет контроля над мыслями и настроением».

«Мой разум изменился, я — больше не я».

«Я теряю контроль — у меня в мозгах сидит болезнь».

«Я неполноценен из-за того, что я такой».

«Все, что я могу, — это ждать и надеяться, что все пройдет».

«Я не могу удержаться от того, чтобы обдумывать одно и то же по кругу».

Негативные метакогниции также состоят из сниженного осознания процесса руминации, так как продолжение процесса делает его знакомой привычкой с немногочисленными опасными последствиями, а потому не заслуживающей внимания. Наоборот, индивид начинает рассматривать депрессию как возрастающую опасность. Другие процессы также могут снижать осознание индивидом степени его руминации, такие как нарушения метакогнитивного мониторинга и внимательного контроля, которые являются побочными эффектами депрессии.

Депрессивные реакции, например сокращение активности, потеря мотивации и изменения паттернов мышления, сопутствующие депрессии, вносят свой вклад в руминацию. Некоторые пациенты снижают объем деятельности, чтобы дать себе больше времени на размышления о своей проблеме, но подобная потеря активности и неспособность разобраться с проблемами могут иметь социальные последствия, которые увеличивают негативные мысли. Например, чувство вины и мысли о ней вкупе с чувством некомпетентности, вызванным неспособностью выполнить задания, могут действовать в качестве дальнейших триггеров руминации.

После того, как случился первый эпизод, человек начинает бояться дальнейших, и этот страх подкрепляется негативными метакогнициями (напр., «Я не могу выдержать такого сильного стресса») и ассоциируется с убеждениями о необходимости бдительно относиться к ранним симптомам и признакам

депрессии. Беспокойство о том, что эпизод повторится, приводит к смешанной тревожно-депрессивной картине. Это повышает чувствительность к триггерам руминации и депрессии, так как нормальные колебания уровня энергии, настроения, стресса или мотивации неверно интерпретируются как признак возвращения «депрессивного расстройства».

Модель в действии

Презентация модели для эпизода руминации послужит демонстрацией того, как эти компоненты действуют.

Усиление руминации вызывается негативной мыслью, воспоминанием или эмоцией. Если есть явный внешний провоцирующий фактор, за ним следует негативная интрузивная мысль или эмоция, которая является внутренним триггером позитивных метакогнитивных убеждений, ведущих к устойчивой руминации.

Негативная мысль, которая действует как триггер, часто является негативным самоутверждением, таким как «Я — неудачник», «Я бесполезен», «Со мной что-то не так», «Я никогда ни в чем не преуспею», «Меня никто не любит» и «Я непривлекательный». В примере, изображенном на рис. 9.2., пациентка рассказывает о том, как собиралась на вечеринку и ее мать сказала, что она прибавила в весе. Утверждение матери сразу вызывало негативную интрузивную мысль «Я толстая».

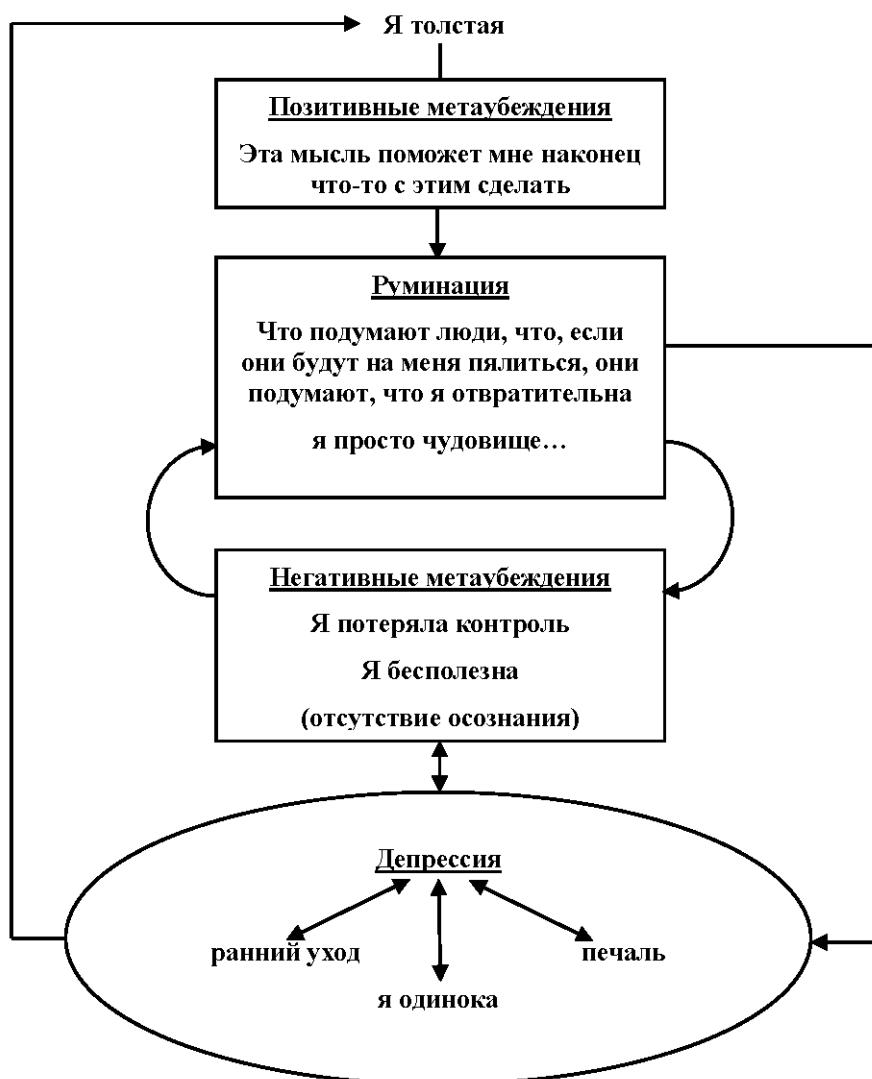


Рис. 9.2. Идиосинкразическая формулировка случая депрессии

Эта негативная интрузивная мысль активизировала позитивные метакогнитивные убеждения о руминации, как о способе решения проблемы избыточного веса. В этом случае позитивная метакогниция — это «Мысли о том, какая я толстая, помогут мне наконец что-то с этим сделать». За этой метакогницией последовала продолжительная руминация: «Что подумают люди? Что, если они будут пялиться на меня? Они подумают, что я отвратительна. Я отвратительна. Я просто чудовище».

Во время процесса руминации негативные эмоции (печаль) интенсифицируются, что активизирует негативное метакогнитивное убеждение «Я потеряла контроль, я бесполезна», которое запускает порочный круг руминации. Пациентка пытается справиться со своими негативными

мыслями и чувствами за счет того, что избегает людей, рано уходит с вечеринки и возвращается домой спать. Все эти действия высвободили дополнительное время для руминативных размышлений и вызвали другие негативные мысли об одиночестве, которые стали новыми триггерами для устойчивой руминации.

Пациентка не осознавала размеры проблемы руминации, поскольку использовала эту стратегию много лет для борьбы с негативными чувствами и она давно стала способом пытаться изменить себя. Таким образом, сниженное осознание природы и последствий руминации очевидны. Пациентка придерживалась негативного метакогнитивного убеждения о том, что она «потеряла контроль», но по сути она использовала неверный тип контроля (руминацию и избегание), потому что имела ошибочное убеждение, что руминация и избегание восстановят контроль и мотивируют ее на изменения.

Структура лечения

Стадии МКТ при депрессии перечислены далее. Лечение включает в себя технику тренировки внимания (АТТ) в качестве средства содействия мета-осознанию, повышения гибкого контроля и освобождения когнитивных ресурсов от депрессивных стилей мышления. Кроме того, проводимая согласно плану практика АТТ противодействует депрессивной инерции, предоставляя небольшой набор ежедневных упражнений. Также, МКТ фокусируется на устранении руминации и модификации позитивных и негативных метакогнитивных убеждений. Лечение обычно состоит из 5–10 сеансов и включает следующие стадии:

1. Концептуализация случая;
2. Социализация;
3. Тренировка внимания и тренировка отстраненной осознанности;
4. Оспаривание негативных метакогнитивных убеждений (неконтролируемость, модель болезни);
5. Оспаривание позитивных метакогнитивных убеждений о

- руминации;
- 6. Устранение остаточных видов поведения и мониторинга угроз;
- 7. Поддержание новых планов переработки;
- 8. Профилактика рецидива.

Концептуализация случая

Оценка

Для этой стадии нужны следующие инструменты:

1. Опросник большого депрессивного расстройства (Major Depressive Disorder Scale, MDD-S);
2. Интервью для формулировки случая депрессии;
3. Опросники для сессии.

Терапевт начинает с назначения опросника MDD-S и анализирует негативные и позитивные метакогнитивные убеждения, имеющиеся у пациента, с целью получить первоначальное впечатление о типах убеждений и стилях мышления, которые должны быть изучены и включены в формулировку случая. Опросник MDD-S представлен в приложении 10. Этот опросник также дает представление о типах поведения, характерных для периода подавленного настроения. Другие оценочные шкалы, как правило, заполняемые перед сессией, — это BAI и BDI-II. Для всесторонней оценки руминации можно использовать Опросник руминативного реагирования (Ruminative Response Scale; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991). Дальнейшие оценочные шкалы позитивных и негативных убеждений о руминации — Шкала позитивных убеждений о руминации (Positive Beliefs about Rumination Scale, PBRs; Papageorgiou & Wells, 2001a, 2001b) и Шкала негативных убеждений о руминации (Negative Beliefs about Rumination Scale, NBRs; Papageorgiou, Wells, & Meina, 2008).

План первой сессии

Терапевт излагает план первой сессии следующим образом:

«На сегодняшней сессии я бы хотел подробно рассмотреть последний эпизод, когда ваше настроение было плохим или когда вы осознали, что снова и снова размышляете о том, как плохо себя чувствуете. Мы установим, какие факторы поддерживают вашу депрессию, и начнем изучать методики, которые помогут вам преодолеть проблему. Также я расскажу подробнее о том, что представляет собой метакогнитивная терапия и чего ждать от лечения. Я познакомлю вас с техникой, которая называется «тренировка внимания» и которую вы будете практиковать дома. Есть ли какие-то темы, которые вы хотели бы обсудить сегодня?»

Генерирование концептуализации случая

Терапевт переходит к генерированию идиосинкразической версии метакогнитивной модели, которая представляет события последнего эпизода руминации, связанного с дистрессом. Поскольку поначалу пациент далеко не полностью осознает свою руминацию, терапевт может использовать последний период обострения подавленного состояния (изменение аффекта) в качестве маркера усилившейся руминации. Терапевт спрашивает: «Был ли недавно период, когда ваше состояние усугубилось, например, вы стали очень печальны?» В некоторых случаях изменение аффекта трудно идентифицировать, поскольку пациент сообщает о печали, длительное время удерживающейся на одном уровне, или об общем уплощении аффекта. В такой ситуации терапевт может использовать периоды поведенческой пассивности в качестве маркера для изучения процессов руминации или задать прямые вопросы о характере мыслей пациента.

В частности, терапевт спрашивает:

«Был ли недавно период, когда вы ничего не делали, а только размышляли о своих чувствах и своей ситуации?»

«Ловили ли вы себя недавно на том, что непрерывно размышляете о том, как вы себя чувствуете и насколько плохой выглядит ваша ситуация?»

«Занимаясь обычными повседневными делами, не замечали ли вы, что ваша голова занята преимущественно негативными мыслями о вас самом и о вашей ситуации?»

Идентифицировав переживания, терапевт закладывает основу для последующей генерации формулировки случая. Затем

терапевт последовательно задает ряд вопросов из Интервью для формулировки случая депрессии (см. приложение 14).

Прежде всего, терапевт выявляет внутренний триггер, ассоциированный с изменением аффекта или периодом руминации. Как правило, это негативная автоматическая мысль, например: «Без толку, я потерпел неудачу», «Всем все равно», «Я страшный», «Я никогда не добьюсь того, чего хочу», «У меня нет сил» и «Я слабый».

После того как терапевт идентифицировал негативную автоматическую мысль пациента, его следующий шаг — идентификация руминативной реакции. Терапевт спрашивает: «Когда у вас возникла эта мысль, о чем вы подумали в следующую очередь?» (см. пример диалога далее). Терапевт получает информацию о продолжительности руминативного ряда мыслей, спрашивая: «Как долго вы размышляли подобным образом?»

ТЕРАПЕВТ (Т.): Когда у вас возникла мысль «Я страшный», о чем вы подумали в следующую очередь?

ПАЦИЕНТ (П.): Я подумал, что все будут глазеть на меня.

Т.: О чем вы подумали потом?

П.: Я подумал, они подумают, что я — урод.

Т.: О чем вы подумали потом?

П.: Я просто думал о том, что я страшный, что я — неудачник.

Т.: О чем вы подумали потом?

П.: Я не уверен — о чем-то вроде того, что никогда не разберусь в себе и что я жалок.

Т.: Подобная цепочка негативных мыслей называется руминацией. Как долго вы размышляли подобным образом?

П.: Весь вечер, пока, наконец, не уснул.

Далее, терапевт спрашивает о воздействии руминации на эмоции, с целью показать пациенту, что она усиливает и продлевает

чувство печали: «Пока вы предавались подобным размышлениям, что происходило с вашим эмоциональным состоянием?». Терапевт задает уточняющие вопросы о воздействии мыслей на чувство печали/депрессию: «Что произошло с вашим подавленным состоянием в результате подобных длительных размышлений?». Депрессия подразделяется на свои основные компоненты. С этой целью выясняются и включаются в формулировку такие компоненты, как поведение избегания/изоляции, когнитивные симптомы и аффективные симптомы.

Терапевт использует отчет пациента об эмоциях для анализа негативных убеждений, касающихся неконтролируемости руминации и модели болезни пациента: «Похоже, что от руминации ваше душевное состояние ухудшается. Можете ли вы перестать размышлять подобным образом?» и «Насколько вы, по вашему мнению, контролируете руминацию?» Модель болезни анализируется посредством прямого вопроса: «Считаете ли вы, что можете что-нибудь сделать со своими симптомами? Как вы думаете, ваша депрессия имеет биологические или психологические причины?».

После выявления негативных метакогниций, касающихся неконтролируемости, терапевт анализирует позитивные убеждения о руминации: «Есть ли у руминации преимущества?», «Есть ли преимущества у постоянных раздумий о проблемах и переживаемых чувствах?», «Какую цель преследует ваша руминация?», «Может ли руминация в ответ на негативную мысль или эмоцию помочь вам каким-либо образом?».

Пример диалога, использующего этот ряд вопросов, представлен далее. Концептуализация случая, выведенная из этого диалога, изображена на рис. 9.3.

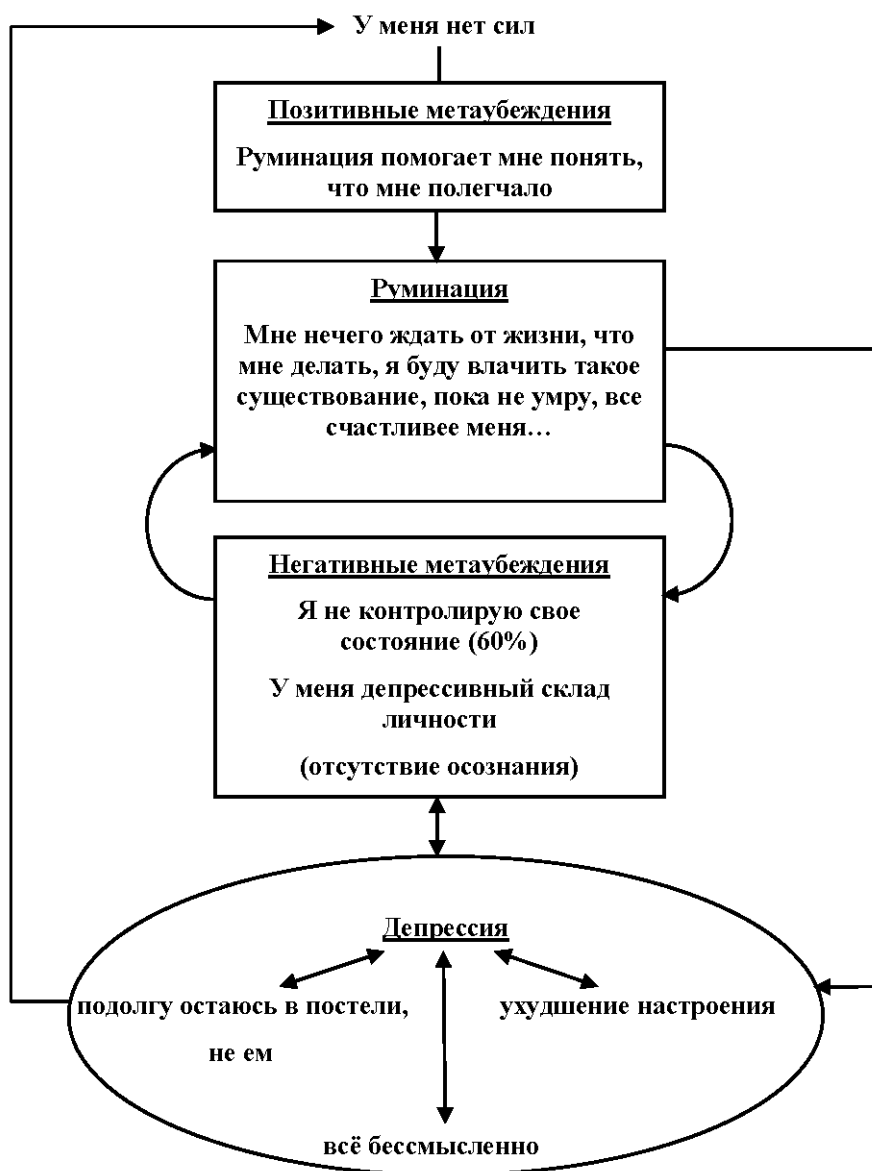


Рис. 9.3. Формулировка случая депрессии на основе диалога

ТЕРАПЕВТ (Т.): Был ли недавно период, когда вы много размышляли о том, каким несчастным себя чувствуете?

ПАЦИЕНТ (П.): Вчера утром я чувствовал себя ужасно.

Т.: Какой была ваша первая мысль, когда вы начали размышлять о своих чувствах?

П.: Я просто подумал, что у меня нет сил идти на работу.

Т.: Значит, первая мысль была «У меня нет сил». Правильно?

П.: Да, я чувствовал изнеможение.

Т.: После того, как вам пришла в голову эта мысль и вы испытали это чувство, о чем вы подумали в следующую очередь?

П.: Я подумал, что мне не к чему стремиться. Что я могу с этим поделать? Я подумал, что так будет продолжаться до моей смерти и почему все счастливее меня.

Т.: О чем вы подумали потом?

П.: Я не знаю, я просто думал о том, почему чувствую себя таким.

Т.: Этот тип мышления называется руминацией. Сколько времени вы размышляли подобным образом?

П.: Пока не пришел на работу, где мне пришлось общаться с людьми.

Т.: Как повлияла руминация на ваши эмоции?

П.: Мне стало хуже — настроение стало еще более подавленное.

Т.: Почему вы закончили размышлять?

П.: Все бессмысленно. Так к чему продолжать?

Т.: Как это повлияло на ваши действия?

П.: Я лег спать сразу, как вернулся домой — даже не обеспокоился тем, чтобы что-то съесть и так далее.

Т.: По-видимому, руминация ухудшает ваше состояние. Можете ли вы перестать размышлять подобным образом?

П.: Я не уверен, это просто надвигается на меня, как туча.

Т.: Насколько вы убеждены в том, что это не контролируется, по шкале от 0 до 100%?

П.: На 60%.

Т.: Как вы думаете, можете вы что-то сделать со своей депрессией?

П.: У моего отца была депрессия, боюсь, я унаследовал ее от него.

Т.: Есть ли у руминации преимущества?

П.: Нет, не уверен, что они есть. Надеюсь проснуться однажды утром и почувствовать себя лучше.

Т.: Что произойдет, если вы откажетесь от руминации?

П.: Думаю, я почувствую себя лучше, но, возможно, я об этом не узнаю.

Т.: Значит, руминация дает вам понять, что вам стало лучше?

П.: Да, она помогает мне обнаружить, что мне полегчало.

Социализация

Терапевт начинает процесс социализации с наброска концептуализации случая и привлечения внимания пациента к руминативному мышлению. Главная цель в самом начале — помочь пациенту начать осознавать центральную роль, которую руминация играет в «подпитывании» депрессии. Полезная метафора — это метафора «ямы». Например, терапевт говорит так: «Можете ли вы выбраться из ямы, стоя на ее дне и продолжая ее копать? Руминация — это как если бы вы стояли в такой яме и продолжали копать. Яма становится тем больше, чем больше вы копаете. Поскольку руминация способна завести вас еще дальше, это не очень хороший способ избавления от депрессии».

Терапевт использует метафоры, чтобы продемонстрировать роль руминации, и предоставляет таким образом основу для формирования мета-осознания. Важно, чтобы пациент начал разрабатывать модель значимости мыслительных процессов, а не фокусировался на реальности или нереальности содержания депрессивной мысли.

Терапевт рассматривает формулировку случая, чтобы объяснить, как работает модель. Терапевт говорит следующее:

«Посмотрите на схему, которую мы нарисовали. На ней отражены важные факторы, которые позволят нам разобраться в причинах вашей депрессии. В частности, мы начинаем понимать, что поддерживает вашу депрессию и не дает ей сойти на нет. Важным фактором является ваша склонность к заикливанию на негативных мыслях и чувствах. Этот тип мышления называется руминацией и, по всей видимости, у вас есть некоторые убеждения о необходимости руминации для понимания происходящего и решения проблем. Однако, вы недостаточно хорошо осознаете этот процесс и у вас есть сомнения по поводу того, является ли он контролируемым. Другой фактор, который поддерживает

депрессию, — это ваше поведение. Депрессия связана с пониженной жизненной активностью и это само по себе может создавать проблемы, так как дела начинают накапливаться, а у вас освобождается много времени для погружения в состояние руминации.

Руминация усугубляет и продлевает вашу депрессию и делает ваш настрой еще более негативным. Например, насколько часто ваша руминация приводила к хорошему итогу? Начинаете ли вы в результате руминации относиться к себе лучше или хуже? Как вы видите, руминация усиливает непродуктивные негативные убеждения о вас самих и о вашей ситуации».

Социализация в модель достигается за счет использования вопросов, иллюстрирующих эффекты руминации, метакогнитивных убеждений и поведения. Часто задаются следующие вопросы:

«Как долго вы раздумывали о своих проблемах? Помогло ли вам это их решить? Сколько, по вашим представлениям, это может занять времени?»

«Вы убеждены, что руминация поможет вам избавиться от депрессии. Звучит многообещающе, так как в этом случае все, что вам нужно, чтобы почувствовать себя лучше, — это размышлять все больше и больше. Насколько вы убеждены в этом?»

«Похоже, вы пытаетесь улучшить ваше самочувствие путем руминации. Почему она до сих пор не помогла?»

«Похоже, вы пытаетесь улучшить ваше самочувствие путем руминации, но является ли руминация рациональным и беспристрастным взглядом на вашу ситуацию?»

«Что происходит с вашим грустным настроением, когда вы отвлекаетесь от руминации, когда вынуждены заняться чем-то другим? Что это говорит о влиянии руминации на ваши чувства?»

Повышение мотивации

Некоторые пациенты с депрессией занимают двойственную позицию по отношению к тому, чтобы улучшить свое настроение и отказаться от руминации. Они считают свою депрессию наказанием, которое они заслужили, или же обладают личностными чертами, которые поддерживают более первазивный, чрезмерно концептуальный и аналитический подход к эмоциям и активностям. В таких случаях терапевт

нацеливается на углубление диссонанса и как на технику социализации, и как на способ повысить мотивацию к модификации руминации. Например, терапевт говорит следующее:

«По-видимому, вы убеждены в том, что заслужили депрессию в качестве наказания. Разве это наказание соответствует преступлению? Если вы наказываете кого-то регулярно, разве в результате тот человек изменится? Как вы определите, что уже наказаны достаточно?»

Кажется, у вас двойственное отношение к руминации. С одной стороны, вы убеждены, что она вам полезна, но, с другой стороны, вы убеждены в том, что она не поддается контролю и что большую часть времени вы ее не осознаете. Насколько полезной она может быть в действительности, если вы не можете ее контролировать и практически не осознаете?»

В некоторых случаях низкая мотивация пациентов и слабая вовлеченность в терапевтический процесс ассоциируются с высоким уровнем ощущаемой безнадежности: пациент не верит, что его ситуация может измениться. Тогда терапевт должен оценить суицидальный риск, а также вызвать и подкрепить сдерживающие факторы, если необходимо. Безнадежность оспаривается путем введения идеи о том, что проблема заключается в том, что пациент реагирует на мысли о безнадежности ситуации без тестирования этих мыслей. Терапевт работает с пациентом с тем, чтобы показать, как, в отличие от руминации, новые способы реагирования на эти мысли структурированной активностью могут предоставить более правильное понимание возможностей для изменения. Реагируя на мысли о безнадежности руминацией и бездействием, пациент блокирует возможности для изменения, и этот процесс необходимо прекратить.

Безнадежность и низкий уровень мотивации часто могут быть отслежены по негативным метакогнитивным убеждениям, таким как убеждение, что депрессия является неконтролируемой болезнью или что невозможно контролировать депрессивные мысли. В каждом случае безнадежности терапевт фокусируется на модификации безнадежности в начале лечения.

Помощь пациенту в понимании роли поведения

Очень важно, чтобы у пациента развилось понимание непродуктивной роли, которую играет его поведение в поддержании депрессии.

Оспаривая эффекты поведения, терапевт помогает пациенту осознать, что его поведение не эффективно в смягчении чувства печали и симптомов депрессии. Мы видели, какую проблему создают скрытые поведенческие копинг-стратегии, такие как руминация. Не меньшую проблему представляют собой явные виды поведения, например сниженная активность и социальное избегание. Ранее мы видели, как терапевт использует ряд вопросов, чтобы помочь пациенту понять проблему, которую представляют явные виды поведения:

«Насколько эффективно вам помогли ваши действия избавиться от депрессии?»

«Что происходит с вашим настроением, когда вы становитесь активнее?»

«Что происходит с руминацией, когда вы становитесь менее активны?»

«Вы чувствуете себя лучше, когда делаете больше или когда делаете меньше?»

Тренировка внимания

После социализации терапевт переходит к обзору лечения и знакомит пациента с тренировкой внимания. Тренировка внимания помогает пациенту развить осознание и более гибкий контроль над руминативными мыслями.

Пациентов инструктируют относиться к внутренним интрузивным мыслям или ощущениям (триггерам), как к «шуму» во время гибкого контроля внимания. Процедура не используется для отвлечения от триггеров, а является средством поддержания их осознания без того, чтобы внимание сосредоточивалось на руминативных реакциях. Типичное обоснование АТТ звучит следующим образом:

«Как мы видели, когда вы находитесь в депрессии, то паттерны вашего мышления меняются. Например, ухудшается концентрация внимания. Дело в том, что руминация выходит на передний план

или продолжается, будучи фоном, даже когда вы занимаетесь своими обычными повседневными делами. Она выходит на передний план, когда вы активно пытаетесь решить свои проблемы. Вы не всегда осознаете эту руминацию, а когда осознаете, то считаете ее неконтролируемой. Прежде всего, нужно помочь вам вернуть осознание, гибкость и контроль вашего мышления. Для этой цели вы научитесь технике тренировки внимания, которую я попрошу вас практиковать ежедневно».

Затем терапевт представляет АТТ. Это включает оценку пациентом самосфокусированного внимания до и после тренировки и выдачу домашнего задания (практиковать АТТ каждый день). Протокол АТТ подробно расписан в главе 4. АТТ практикуется в течение примерно 12 минут на каждой терапевтической сессии. (Запись сеанса с АТТ доступна на сайте www.mct-institute.com).

Отстраненная осознанность и откладывание руминации

Одновременно с АТТ терапевт представляет пациенту отстраненную осознанность (*detached mindfulness, DM*), технику реагирования на триггеры руминации. Терапевт объясняет, как следует применять эту технику, когда триггеры возникают не во время практикования АТТ. Идея в том, чтобы пациенты применяли DM к когнитивным и аффективным реакциям, которые, как правило, являются для них триггерами руминации. Цель пациента — осознавать триггер, но не проводить постоянный концептуальный анализ его значения. DM, как правило, вводится вместе с откладыванием руминации следующим образом:

Я бы хотел, чтобы вы начали практиковать новый способ реагирования на мысли или чувства, которые запускают руминацию. Как только вы заметите негативную мысль или эмоцию, например [вставить пример пациента из концептуализации случая], я бы хотел, чтобы вы осознали ее присутствие и не стали уделять ей внимание. Например, вы можете сказать себе так: “Это негативная мысль, но я не буду разбираться с ней сейчас, я не буду запускать свою руминацию”. Позвольте мысли просто быть, не пытайтесь выкинуть ее из головы, не пытайтесь проанализировать ее. Вместо этого, отложите руминацию и дальнейшие мысли до того, как наступит время, специально отведенное для руминации. Отложите свою руминацию на потом и затем, если она вам будет

нужна, позвольте себе 10 минут размышлять о своих проблемах, скажем с 19.00 до 19.10. Но вам необязательно использовать это время, отведенное под руминацию. Большинство людей приходят к выводу, что оно им не нужно».

Терапевт должен проверить, не путает ли пациент откладывание процесса руминации с подавлением мыслей: «Ваша цель — не выкинуть первоначальную негативную мысль/эмоцию из головы, а не вовлекаться в размышления о ней. Вы понимаете разницу между попытками выбросить мысль из головы и отключением следующих за ней заикленных на ней размышлений?»

Применение DM-техник

Некоторые техники, иллюстрирующие концепцию DM и дающие опыт этого состояния, были описаны в главе 5. Одна из этих техник или их комбинация используются как для демонстрации значения и природы DM, так и для предоставления некоторого опыта применения DM после теоретического ознакомления с техникой. Например, терапевт может использовать свободные ассоциации, чтобы дать представление о DM:

Я бы хотел, чтобы вы сейчас попробовали применить отстраненную осознанность к собственным мыслям, эмоциям и ощущениям, чтобы вы получили некоторый опыт. Таким образом вы сможете относиться к тому, что происходит в вашем теле и вашей голове, по-новому, без руминации. Сейчас я буду произносить вслух слова и хочу, чтобы вы отпустили свой разум в свободное плавание. Не контролируйте то, о чем вы думаете, просто пассивно наблюдайте за своими мыслями. Может оказаться, что ничего не происходит, или же вам могут прийти на ум какие-то образы, ощущения, воспоминания. Неважно, что происходит — просто наблюдайте за происходящим, не пытаясь никак на него повлиять. Сейчас я начну произносить слова (*пауза*): яблоко, велосипед, лето, шоколад, день рождения, розы, облака. Что вы заметили, наблюдая за своими мыслями? Идея в том, что вы должны разрешить себе испытывать негативные мысли и чувства, которые запускают руминацию. Просто позвольте им быть, но не вовлекайтесь в размышления о них».

Если разница между «не вовлекаться» и DM остается непонятной пациенту, терапевт иллюстрирует различия на примере последней мысли, запустившей руминацию. Например,

пациентка заметила, что ее руминация начинается с мысли «Я — неудачница». Терапевт попросил ее закрыть глаза и подумать эту мысль на сессии. Затем терапевт проинструктировал пациентку отступить на шаг назад от мысли и понаблюдать за ней на расстоянии. Терапевт попросил ее осознавать, что она существует отдельно от мысли, что она — лишь наблюдатель мысли. Затем терапевт попросил ее вовлечься в мысль и как следует поразмышлять над всеми причинами, из-за которых ее можно назвать неудачницей. За руминацией вновь последовал процесс отвлечения и прерывания руминации.

Модификация негативных метакогнитивных убеждений

Как правило, терапевт начинает изменение метакогнитивного убеждения с изучения и модификации убеждений о неконтролируемости руминации. Далее описаны типичные этапы этого процесса.

Этап 1: вербальный метод

Терапевт рассматривает аргументы за и против убеждения о том, что руминация не поддается контролю, а затем обобщает аргументы в пользу того, что руминацию можно контролировать. Например, если руминацию удалось отложить на потом, терапевт может использовать этот успех в качестве доказательства того, что руминация поддается контролю. Когда пациент приводит доказательства в пользу неконтролируемости руминации, терапевт реинтерпретирует их. Например, пациентка доказывает, что наличие у нее депрессии свидетельствует о том, что у нее нет контроля над своими мыслями. В таком случае терапевт помогает ей понять, что она не использует наиболее подходящую форму контроля, и что ее депрессия неосознанно поддерживается за счет использования таких поведенческих копинг-стратегий, как бездействие и частые размышления.

Если убеждение пациента в том, что руминация является неконтролируемой, крайне устойчивое, терапевт спрашивает его, может ли он усилить руминацию. Когда пациент обнаружит, что руминацию возможно усилить, ему придется признать, что она должна подчиняться личному контролю. Некоторые пациенты

находят полезным различать между *убеждениями* о контроле и *опытом* контроля, поскольку это не одно и то же. Например, индивид может не верить, что процесс контролируем, просто потому что редко пытался его контролировать; часто оказывается, что пациент предпринимал незначительные усилия по контролю руминации.

Терапевт задает вопросы, которые помогают собрать доказательства в пользу контролируемости руминации. Например: «Если руминацию на самом деле нельзя контролировать, как она вообще прекращается?» За этим вопросом следуют другие, такие как «Если во время ваших размышлений возникнет срочная ситуация, которая потребует вашего внимания, что произойдет с вашей руминацией? Это говорит о контролируемости или о неконтролируемости руминации?».

Этап 2: эксперимент по снижению руминации

Терапевт проводит эксперимент по снижению руминации, который тестирует убеждение пациента в неконтролируемости:

Одна из проблем заключается в том, что вы рассматриваете руминацию, как способ справиться с проблемами, и не прерываете этот процесс. Это поддерживает ваше убеждение в том, что руминация происходит сама собой, без контроля с вашей стороны. Я хочу, чтобы вы сейчас попробовали сделать вот что. Через минуту я попрошу вас начать руминацию, затем я попрошу вас приостановить руминацию и перейти в состояние внимательной тишины.

Вы можете вспомнить последний триггер руминации? Я хочу, чтобы вы вызвали в памяти этот триггер прямо сейчас. Когда вы заметите триггер, вы можете начать размышлять о нем? Задавайте себе все ваши типичные вопросы и пытайтесь найти ответ. Когда я скажу: “Пусть ваши мысли утихнут”, я хочу, чтобы вы остановили руминацию, но продолжали осознавать триггер или любую другую связанную с ним мысль. Давайте попробуем».

Этот эксперимент корректируется и повторяется, если необходимо дальнейшее оспаривание. В частности, терапевт просит пациента повторить процесс руминации, но на этот раз дает инструкцию повысить интенсивность руминации и потерять

контроль над активностью. В ходе выполнения этих упражнений терапевт оценивает степень убежденности пациента в неконтролируемости. Затем пациенту выдается задание на дом — продолжать откладывать руминацию.

После того, как убеждения, касающиеся неконтролируемости руминации, будут эффективно оспорены (это может быть установлено с помощью оценок вербальных убеждений и анализа баллов опросника MDD-S), терапевт переходит к изучению метакогнитивных убеждений о значении симптомов.

Терапевт исследует все тенденции пациента к неверной интерпретации мотивационного состояния, уровня энергии, усталости или аффекта как симптомов болезни, психического нарушения или ненормальности.

Методы вербальной и поведенческой реатрибуции используются для ослабления этих негативных убеждений. Терапевт ставит под сомнение доказательства того, что симптомы всегда являются признаком депрессивного расстройства, и реатрибутирует причины симптомов, как обычные ежедневные изменения в настроении, мотивации или уровня энергии.

Некоторые пациенты сообщают, что низкий уровень энергии служит триггером для руминации. Терапевт должен проанализировать взаимосвязь между уровнем активности и энергией. Уровень энергии в норме колеблется в зависимости от питания и уровня глюкозы в крови. Низкая активность может приводить к низкому уровню энергии и чувству усталости; аналогично, крайне высокий уровень физического и умственного напряжения также вызывает усталость. Терапевт приводит ряд альтернативных безобидных объяснений для симптомов. Отслеживание паттернов симптомов дома и проведение параллелей между колебаниями и повседневными заботами могут быть использованы для нейтрализации убеждений в том, что все симптомы вызваны неустранимыми отклонениями в работе головного мозга.

Терапевт обсуждает тот факт, что колебания настроения — это нормально и естественно. Для изучения различных причин колебания настроения можно использовать круговую диаграмму.

Например, недавний пациент был убежден, что изменения в настроении являются признаком того, что он предрасположен к «серьезному психическому заболеванию». Вместе с пациентом терапевт составил список возможных объяснений для колебаний настроения (см. диалог далее).

ТЕРАПЕВТ (Т.): Одно из ваших убеждений состоит в том, что ежедневные перемены в настроении являются признаком вашей предрасположенности к серьезному психическому заболеванию. Вы рассматривали другие объяснения перемен в настроении?

ПАЦИЕНТ (П.): Нет, просто я не думаю, что такие сильные эмоциональные перепады — это нормально.

Т.: Давайте посмотрим, удастся ли нам найти другие возможные причины эмоциональных перепадов. Как вы думаете, от чего ухудшается ваше настроение?

П.: Я не знаю. Я всегда думал, что это из-за того, что я болен.

Т.: Мы рассмотрели руминацию. Как насчет нее?

П.: Да, руминация может ухудшать настроение.

Т.: Хорошо, я внесу ее в список.

П.: Но руминация не является основной причиной моих чувств, я думаю.

Т.: По каким другим причинам может снижаться ваше настроение? Может быть, когда вы слышали что-то неприятное?

П.: Да, когда меня критикуют, то я расстраиваюсь.

Т.: Тогда я добавлю критику в список. Как насчет чувства усталости?

П.: Да, чувство усталости может влиять на мое настроение.

Т.: Как насчет чувства голода? Некоторые люди приходят в дурное расположение духа, когда падает уровень сахара в крови.

П.: Это точно про меня, я становлюсь очень раздражительным.

Т.: Как насчет алкоголя?

П.: Нет, это на меня не влияет, я очень мало пью.

Т.: Как насчет жить не в соответствии с теми нормами, которые вы для себя установили?

П.: Скорее, когда другие люди не придерживаются моих норм.

Т.: Как вы думаете, могут ли изменения настроения быть обычными колебаниями?

П.: Мне кажется, что могут. А у других людей они тоже бывают?

Т.: Позже мы можем провести опрос и выяснить это. А пока вы можете вспомнить что-нибудь еще?

П.: Нет.

Т.: Как насчет концентрации внимания на своем самочувствии? Много ли времени вы уделяете ему?

П.: Да, я отслеживаю, как чувствую себя по утрам, и я чувствую себя уставшим, хотя только что проснулся.

Т.: Хорошо, я добавлю в список, что вы отслеживаете свое самочувствие. Что-нибудь еще?

П.: Нет, не думаю.

Т.: И, наконец, я добавлю в список ваше первое объяснение: «Я предрасположен к серьезному психическому заболеванию». Теперь, когда вы видите список возможных причин, насколько вы убеждены в том, что ваши колебания настроения сигнализируют об уязвимой психике?

П.: Ну, возможно, я просто предполагаю самое худшее. Но я все еще не уверен, что другие люди тоже так себя чувствуют.

Т.: Мы можем это выяснить. Давайте проведем миниопрос и спросим нескольких людей о том, замечали ли они когда-нибудь, что их настроение меняется по непонятной для них причине.

За описанной выше стратегией последовало домашнее задание пациенту — провести миниопрос. Терапевт и пациент сначала составили короткий перечень вопросов, которые будет задавать пациент и которые помогут оценить истинность его убеждения в

том, что колебания настроения являются признаком серьезной болезни и представляют собой отклонение от нормы. Было выбрано три вопроса:

1. Бывают ли у вас колебания настроения, уровня энергии или интереса к жизни?
2. Бывает ли так, что вы грустите или что у вас плохое настроение, и вы не знаете, почему?
3. Чувствуете ли вы себя уставшим, когда просыпаетесь утром?

Пациент согласился задать эти вопросы пятерым знакомым людям и сообщить результаты на следующей терапевтической сессии. Пациент был удивлен, когда оказалось, что у всех опрошенных меняется уровень энергии и степень усталости. Большинство людей также сообщили, что временами им бывает грустно и они точно не знают, почему.

Модификация позитивных метакогнитивных убеждений

Позитивные метакогнитивные убеждения концептуализируются как пропозиционные убеждения (напр., руминация помогает мне находить решения), а также как процедурализованное знание или планы переработки. Необходимо модифицировать эти позитивные убеждения, поскольку лежат в основе мотивации прибегать к руминации как реакции на триггеры. Также необходимо подкреплять новые и альтернативные планы управления стилями мышления поведением в ответ на дальнейшие триггеры. Мы вернемся к этим вопросам в следующем разделе.

В распоряжении терапевта имеются несколько стратегий для модификации позитивных метакогнитивных убеждений о руминации. Они могут быть использованы последовательно, как показано ниже. Начинать рекомендуется с вербальных стратегий, используемых для ослабления убеждений; за ними следуют поведенческие эксперименты. Далее описаны типичные этапы этого процесса.

Этап 1: анализ недостатков и преимуществ

Терапевт проводит анализ недостатков и преимуществ руминации. Он поддерживает недостатки, изучая доказательства в пользу того, что руминация представляет собой проблему. Затем терапевт оспаривает валидность любых преимуществ, предоставленных пациентом, и по необходимости изучает альтернативные руминации методы, с помощью которых можно получить те же преимущества.

Например, пациент утверждал, что убежден в необходимости руминации, так как иначе он не будет думать о своих проблемах. Терапевт спросил, есть ли другие возможности думать о проблемах, помимо руминации. Затем последовала продуктивная дискуссия, которая показала пациенту, что ему свойственно черно-белое отношение к руминации: либо руминация, либо ничего. Интересно, что пациент не раздумывал без конца о том, хорошо ли он выполняет свою работу, а совершенно нормально фокусировался на том, что необходимо сделать, даже при наличии отвлекающих факторов. Терапевт спросил, может ли он применить ту же самую стратегию к своим симптомам, то есть, фокусироваться на задачах, которые необходимо выполнить, даже при наличии симптомов, вместо того чтобы анализировать, что они означают.

Этап 2: рассмотрение доказательств

Терапевт задает такие вопросы: «Если руминация помогает, почему вы до сих пор не избавились от депрессии и не решили свои проблемы? Какие выводы можно сделать из этого о пользе руминации?».

Дополнительно или в качестве альтернативы терапевт спрашивает о механизме, благодаря которому руминация оказывает предполагаемое положительное действие: «Как работает руминация? Как она позволяет вам решать проблемы и находить причины вашей печали?»

По желанию, могут использоваться менее прямые вопросы для выяснения того, как, по мнению пациента, руминация помогает решать проблемы и находить подходящие значения (напр., «Есть

ли у вас доказательства того, что руминация помогает вам справляться с трудностями?»).

Также терапевт спрашивает пациента о целях руминации. Как правило, используются следующие вопросы: «Чего вы хотите достичь посредством руминации?», «Насколько эффективно руминация помогает достичь этой цели?», «Если она эффективна, почему вам необходимо продолжать руминацию?», «Как вы понимаете, что уже размышляли достаточно?», «Насколько близко вы подступились к преодолению своей депрессии благодаря руминации?».

Этап 3: эксперименты с руминацией

Затем терапевт знакомит пациента с поведенческими экспериментами, призванными проверить полезность руминации. Например, пациента просят в один день больше времени уделять руминации, а на следующий день — не реагировать руминацией на симптом или мысль. Терапевт инструктирует пациента проследить за тем, в какой день будут решены проблемы и улучшится настроение — в день руминации или в день отказа от нее. Этот эксперимент по ослаблению руминации аналогичен эксперименту по ослаблению беспокойства, описанному в главе 6, который используется для оспаривания позитивных убеждений о беспокойстве при ГТР.

Модификация мониторинга угроз

Непродуктивные аттентивные стратегии при депрессии часто включают фокусировку на симптомах как способ оценить индивидуальную способность справляться с повседневными проблемами. Например, одна пациентка описывала, что каждое утро после пробуждения проверяла, было ли у нее чувство «опустошения», чтобы определить, нужно ли ей сегодня остаться в постели для улучшения самочувствия. Аналогичным образом, молодая мать, страдавшая от депрессии, часто проверяла свои мыслительные процессы, чтобы определить, есть ли у нее состояние «голова будто ватой набита». Таким образом она оценивала, способна ли сегодня заботиться о своих детях. Сорокалетний пациент постоянно проверял, чувствовал ли себя

«как раньше» (напр., удовлетворенным), чтобы определить, проходит ли депрессия.

Во время МКТ терапевт анализирует наличие и характер мониторинга угроз и противодействует ему. После идентификации процесса и осознания пациентом мониторинга угроз как фактора, усугубляющего депрессию, терапевт проводит анализ преимуществ и недостатков. Недостатки подкрепляются и пациента просят отказаться от мониторинга угроз.

Дезадаптивные стратегии совладания с колебаниями настроения

В дополнение к руминации и мониторингу угроз пациенты склонны реагировать на колебания настроения непродуктивными открытыми стратегиями поведения. К этим стратегиям относятся: сниженный уровень активности, продолжительный сон, переедание, употребление алкоголя и нанесение самоповреждений. Терапевт выявляет и подкрепляет недостатки этих способов реагирования и предоставляет четкие инструкции для их изменения.

Для того чтобы лучше структурировать день пациента и повысить уровень активности, бывает полезным применить планирование формальных и приносящих удовольствие мероприятий. Терапевт изучает метакогнитивные убеждения, поддерживающие потребность пациента реагировать на чувство печали пониженной активностью. Например, одна пациентка считала, что «Я должна работать меньше, когда мне грустно, потому что иначе моя голова не выдержит такого напряжения». Это убеждение поддерживало ее чувство уязвимости и бдительность в отношении чувства печали. Терапевт поставил под сомнение это убеждение и попросил провести эксперимент — увеличить рабочую нагрузку в следующий раз, когда пациентка почувствует печаль. Пациентка обнаружила, что, на самом деле, работа улучшила ее настроение, что противоречило ее убеждению.

Новые планы для переработки

После того как негативные и позитивные метакогнитивные

убеждения пациента были модифицированы, наступает финальный этап лечения. На этом этапе, нацеленном на предупреждение рецидива, сводятся воедино и закрепляются альтернативные метакогнитивные планы, которые используются для контроля реакций на депрессогенные триггеры в будущем. Как мы видели, руминация может быть долговременной стратегией, которую пациент на момент начала терапии слабо осознает. Для снижения ее активизации в будущем необходимо работать над усилением альтернативных, более адаптивных планов, конкурирующих с руминацией за контроль над мышлением.

Усиление альтернативных планов требует постоянной практики новых стратегий переработки. Особенно важно, чтобы пациент постоянно сознавал руминацию и непродуктивные поведенческие копинг-стратегии, например сниженную поведенческую активность. Новый план переработки должен отражать реакции, несовместимые с руминацией и избеганием/сниженной поведенческой активностью. Терапевт составляет идиосинкразический план на основе формулировки дезадаптивных паттернов реагирования пациента. Для содействия этому процессу создается «сводный обзор плана» (приложение 19), в котором представлен дезадаптивный старый план и новые реакции, которые необходимо постоянно практиковать в ответ на идиосинкразические триггеры.

Реализация этой стратегии состоит из трех важных компонентов. Во-первых, необходимо выявить по возможности все триггеры симптомов пациента, чтобы повысить осознание пациентом этих триггеров. Во-вторых, в сводный обзор записываются все утверждения от первого лица, описывающие дезадаптивный старый план и новый план, который необходимо практиковать. В-третьих, пациенту предлагается постоянно применять новый план в качестве альтернативы старому плану. Каждый из компонентов рассмотрен далее.

В раздел «*Мои триггеры*» записываются все типичные внутренние события, активизирующие старые стили переработки и копинга. Типичные примеры включают негативные мысли

(напр., «Я никудышный»), симптомы, связанные с энергией (напр., уровень энергии, отсутствие мотивации), когнитивные симптомы (напр., проблемы с концентрацией) и физические симптомы (напр., боли). Кроме того, триггеры могут включать внешние события (напр., сторонняя критика, игнорирование каким-то другим человеком), даже если их можно связать с внутренним триггером дезадаптивных стилей, например первоначальной мыслью: «Что я сделал не так?».

В «*Стиль мышления*» записывается установка, на которой основывается старый руминативный и негативный мыслительный процесс. Например: «Я должен постоянно обдумывать и анализировать, почему это произошло со мной, почему я чувствую себя подобным образом, что это говорит обо мне как о человеке, почему я — такой неудачник». Новый план должен содержать инструкцию по применению альтернативных реакций, выученных за время терапии: «Я должен прерывать любые раздумья над этим вопросом и откладывать анализ на потом. Если негативные мысли возникнут, я применю отстраненную осознанность и продолжу заниматься тем, чем занимался».

«*Виды поведения*» включают старые реакции избегания и сниженной активности и новые противоположные реакции. Например: «Я должен избегать встреч с людьми, стараться больше спать и перестать делать повседневные дела» заменяется на «Я должен продолжать работать и встречаться с людьми, даже если мне не хочется, потому что должен уверенно выполнять свои обязанности, даже когда мне грустно».

«*Фокус внимания*» содержит прежнюю тенденцию отслеживать признаки угрозы, которая должна быть заменена на новый аттентивный план. Например, пациентка каждое утро проверяла, есть ли у нее чувство усталости и на основании этого решала, будет ли у нее «плохой день или хороший». Также, у нее была склонность откладывать дела до тех пор, пока она не почувствует, что «может с ними справиться». Ее прежняя стратегия заключалась в том, чтобы проверять уровень мотивации и по факту проверки решать, справится она или нет.

Прежний план был записан, как «Я должна проверять, насколько я уставшая утром, чтобы решить, будет ли день хорошим или плохим. Я должна проверять, смогу ли я справиться с делами, прежде чем приняться за них». Новый план был таким: «Я должна отказаться от проверки чувства усталости. Я должна каждое утро сосредотачиваться на положительных личных аспектах. Я должна сосредотачиваться на происходящем, а не на моих чувствах по поводу происходящего. Я должна доказать себе, что я могу делать дела, даже если чувствую себя уставшей».

Профилактика рецидива

Формулировка альтернативного плана, заменяющего прежний, является компонентом профилактики рецидива. Еще один компонент — анализ остаточных баллов по MDD-S, с уделением особого внимания частоте и продолжительности руминации, а также негативных и позитивных симптомов. Остаточные повышенные значения должны быть проанализированы и модифицированы, так как представляют собой потенциальные факторы, предрасполагающие к рецидиву.

Как правило, терапевт анализирует другие, слабо выраженные формы руминации или аналогичных персеверативных процессов, которые могли развиваться недавно или были упущены в ходе лечения.

На двух последних терапевтических сессиях пациент с терапевтом совместно составляют «программу терапии». Как правило, пациента просят начать работать над программой дома, а на следующей сессии программа при необходимости дополняется. Программа должна содержать пример концептуализации случая, примеры негативных и позитивных убеждений о руминации и контраргументы. Также в нее должна входить финальная версия обзора плана, в котором описываются новые стратегии обращения с распространенными триггерами (напр., мыслями, симптомами, чувством печали).

Поддерживающие терапевтические сессии проводятся через три и через шесть месяцев после окончания лечения для отслеживания успехов пациента и поддержания знаний и стратегий, которые он приобрел за время прохождения терапии.

Страх рецидива

Будущие девиации настроения и периодическое чувство грусти переосмысливаются как обычные явления. Перепады настроения должны интерпретироваться, как возможность практиковать стратегии, усвоенные при прохождении терапии. Каждая тренировка дает возможность укрепить альтернативные и более продуктивные реакции.

Финальная часть сводного обзора плана состоит из «рефрейминга», который нацелен на интерпретацию симптомов в позитивном ключе. Каждая манифестация симптомов рассматривается как возможность попрактиковаться в реализации нового плана. Рефрейминг состоит из таких утверждений, как «Когда настроение меняется, это нормально, я не буду усложнять ситуацию, реагируя на смену настроения по-прежнему. Каждый симптом — возможность попрактиковаться и укрепиться в новом плане реагирования».

Замечание о суицидальности и самоповреждениях

В случае самоповреждений или суицидальных намерений терапевт должен оценить риск, а также выявить и усилить сдерживающие факторы. Самоповреждение может быть концептуализировано как поведение, являющееся результатом затяжной руминации. В некоторых ситуациях оно представляет собой способ уйти от чувств и мыслей, вызванных руминацией. Эта функция должна быть концептуализирована, а альтернативные способы, среди которых откладывание руминации и ослабление чувств, должны быть исследованы.

Безнадежность является важным фактором для суицидальности, а потому должна быть сокращена. В МКТ безнадежность концептуализируется, как манифестацию руминации о том, что ничего не изменится и пациент бессилен что-либо предпринять. Терапевт привлекает внимание пациента к тому, что безнадежность — это еще одно проявление руминации и просит пациента отложить активность. Пациентов просят отвлечься от руминации и направить внимание на альтернативные активности, например на конкретные действия, нацеленные на решения проблем, или на организацию важных жизненных сфер,

которыми они до сих пор пренебрегали.

Если риск существует, предпринимаются соответствующие шаги для его уменьшения; при необходимости привлекаются другие специалисты системы здравоохранения.

План лечения депрессии

Общий план проведения МКТ при депрессии, состоящий из восьми сессий, представлен в приложении 18. Он представляет собой руководство, описывающее структуру и содержание сессий и должен применяться гибко, в зависимости от индивидуальной ситуации. План необходимо осуществлять с учетом стратегий, описанных в данной главе.

Глава 7.

Посттравматическое стрессовое расстройство

Если симптомы стресса длятся дольше одного месяца после травматического события, индивиду — при его соответствии критериям — может быть поставлен диагноз посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). До этого времени, т.е. в фазе острого стресса, лечение проводить не рекомендуется, так как в большинстве случаев посттравматический стресс проходит сам, спонтанно. Мы пока не знаем, может ли применение МКТ в фазе острого стресса способствовать выздоровлению индивидов, склонных к ПТСР. Рекомендуется проявлять осторожность, поскольку вмешательство в этой фазе может быть сопряжено с риском повышения вероятности возникновения расстройства. Например, согласно имеющимся данным, дебрифинг стресса критического инцидента, проведенный сразу же после травмы, может ухудшить состояние потерпевшего (напр., Bisson, Jenkins, Alexander, & Bannister, 1997).

Метакогнитивная модель ПТСР (Wells, 2000) строится на том принципе, что большинство людей способны адаптироваться к случившейся травме, и длительных проблем у них не возникает. Однако, активизация CAS сразу после стресса повышает вероятность развития стойких симптомов. Вполне возможно, что некоторые вмешательства, осуществленные сразу после травматического события, повышают концептуальную переработку и могут непреднамеренно стимулировать CAS-подобные процессы, повысив вероятность аномальных стрессовых реакций у некоторых индивидов.

Терапия, описанная в этой главе, может быть с успехом применена как к кратковременным (1–3 месяца) и хроническим (более 3-х месяцев) случаям ПТСР. Мы оценивали эффективность терапии применительно к широкому спектру травм, включая физическое и сексуальное насилие, дорожно-транспортные происшествия, террористические атаки, угрозы жизни и другие преступления. На сегодняшний день

эффективность терапии не оценивалась применительно к боевому стрессу и интрузивным воспоминаниям о насилии в детстве.

Таблица 7.1. Диагностические критерии ПТСР

<u>Критерий А.</u> Воздействие травматического события, включающего смерть или потенциальную угрозу для жизни, с ответом на него в виде сильного страха, беспомощности или ужаса.
<u>Критерий В.</u> Наличие минимум одного симптома из перечисленных далее симптомов, связанных с повторным переживанием: повторяющиеся мысли, вызывающие тяжелые эмоциональные переживания, а также аналогичные образы, мысли или восприятия / повторяющиеся тяжелые сны / повторяющееся воспроизведение события / интенсивные тяжелые переживания, вызванные событиями, напоминающими о травматической ситуации / физиологическая реактивность при воздействии событий, напоминающих о травматической ситуации
<u>Критерий С.</u> Наличие трех и более из следующих симптомов, связанных с избеганием: усилия по избеганию мыслей, чувств, разговоров, связанных с травмой / усилия по избеганию действий, мест или людей, вызывающих воспоминания о случившемся / неспособность вспомнить важные аспекты травмы / сниженный интерес к различным видам деятельности и сниженное участие в них / чувство отстраненности или отделенности от остальных / ограниченный диапазон доступных для переживания эмоций / отсутствие перспектив на будущее
<u>Критерий D</u> Минимум два из следующих симптомов, связанных с повышенным возбуждением: трудности с засыпанием или плохой сон / раздражительность или вспышки гнева / проблемы с

концентрацией внимания / сверхбдительность / преувеличенная реакция испуга
<u>Критерий Е</u> Симптомы продолжаются не менее одного месяца
<u>Критерий F</u> Расстройство вызывает значительный дистресс и нарушения в важных сферах деятельности

Для постановки диагноза ПТСР необходимо, чтобы индивид пережил событие (события), включавшее смерть или угрозу для жизни либо получение или угрозу получения серьезной травмы, и чтобы его ответ на событие был в виде сильного страха, беспомощности или ужаса (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000). Симптомокомплекс ПТСР состоит из 1) повторного переживания травматического события; 2) постоянного избегания; и 3) стойких симптомов повышенного возбуждения. Критерии ПТСР по DSM-IV-TR приведены в табл. 7.1.

CAS при ПТСР

Прежде чем перейти к описанию метакогнитивной модели ПТСР, будет полезным исследовать природу персеверации, мониторинга угроз и дезадаптивных поведенческих стратегий саморегуляции, составляющих CAS при этом расстройстве.

Персеверация: руминация, беспокойство и «заполнение пробелов»

В предыдущей главе мы видели, что преобладающим персеверативным процессом при ГТР является беспокойство — ориентированная на будущее концептуальная активность, призванная найти ответы на вопросы типа «Что, если...?», а также предвосхитить опасность и совладать с ней. Другой тип персеверативной концептуальной активности — это руминация, которая преимущественно направлена в прошлое и задает такие вопросы, как «Почему?» и «Что это означает?». Кроме того, руминация включает мышление, ориентированное на желание,

характеризуемое мыслями «Если бы только...». И беспокойство, и руминация играют важную роль в ПТСР. Но есть и еще одна форма повторяющихся размышлений, характерная для этого расстройства, которую я называю «заполнение пробелов». Заполнение пробелов — это прокручивание в голове воспоминаний о событии и попытки восполнить пробелы в памяти. Индивиды убеждены, что если смогут это сделать, то получат необходимые знания о вине и об ответственности за случившееся негативное событие или же смогут избежать угрозы в будущем. Например, женщина, пережившая сексуальное насилие со стороны незнакомца, постоянно вызывала в памяти воспоминания о социальной ситуации, чтобы вспомнить, как выглядел насильник, чтобы она могла узнать и избежать его в будущем. В результате этих воспроизведений она только становилась еще более тревожной, поскольку все, что она могла вспомнить, — что он был брюнетом и что у него был акцент. Слишком многие люди подпадают под это описание.

Помнить о случившейся ситуации не все — это нормально, вне зависимости от того, была она травматичной или нет. Метакогнитивный подход не основывается на той идее, что отсутствие воспоминаний или их фрагментарность важны для возникновения ПТСР. Тем не менее, метакогнитивные процессы, заключающиеся в постоянных попытках восполнения пробелов и негативной интерпретации воспоминаний, могут быть важными в индивидуальных случаях.

Итак, персеверативная концептуальная активность, составляющая CAS при ПТСР, включает беспокойство, руминацию и постоянные попытки воссоздать полную картину произошедшего.

Мониторинг угроз

Такой компонент CAS, как мониторинг угроз, принимает форму повышенного внимания к потенциальной опасности с намерением уменьшить риск. В некоторых случаях это происходит в виде сканирования окружения на предмет стимулов, напоминающих стимулы, ассоциирующиеся с индексным событием, однако мониторинг зачастую не

ограничивается этим узким фокусом и распространяется на широкий спектр потенциальных опасностей.

Например, одного пациента сбила машина, в результате чего он получил серьезные травмы ноги и головы. Этот пациент сообщал о том, что постоянно отслеживает на улице все превышающие скорость транспортные средства. Однако, анализ его внимательной стратегии показал, что на самом деле он отслеживает больше разных опасностей, среди которых — ямы на дороге, ненадежные строительные леса, качающиеся потолочные вентиляторы и неровная плитка.

У пациентов мониторинг угроз выражается по-разному. Одни говорят, что стали «лучше осознавать» опасности, другие утверждают, что они «всегда начеку», а третьи признаются, что поддерживают состояние «готовности» или сканируют окружение на наличие угроз. В некоторых случаях мониторинг угроз принимает форму постоянных проверок. Например, пациент, которого ограбили, пока он спал, начал внимательно вслушиваться во все шумы перед тем, как лечь спать. Когда он что-то слышал, то вставал с кровати и проверял, не забрались ли злоумышленники. Это случалось несколько раз за ночь, что отрицательно сказалось на режиме сна.

Поведенческие стратегии

Помимо реакций, описанных выше, есть и другие непродуктивные поведенческие копинг-стратегии. Они включают избегание ситуаций, в которых произошла травма, и избегание факторов, напоминающих о травме (например, медицинских телесериалов). Также, к этим стратегиям относятся попытки подавить интрузивные мысли или воспоминания о травме и использование алкоголя или наркотиков для самолечения симптомов и устранения эмоций. Эти стратегии могут быть довольно индивидуальны: например, одна из последних пациенток постоянно щупала пульс, реагируя таким образом на диссоциативные чувства и пытаясь доказать себе, что она «все еще жива».

Метакогнитивные убеждения

Каково содержание метакогнитивных убеждений при ПТСР? Позитивные убеждения касаются использования беспокойства, руминации, мониторинга угроз, заполнения пробелов и контроля связанных с травмой интрузивных мыслей. Негативные метакогнитивные убеждения касаются значения и опасности симптомов, таких как интрузивные мысли, сновидения и тревога.

Убеждения о беспокойстве фокусируются на нем, как на средстве избежать потенциальных угроз в будущем и спланировать способы копинга (напр., «Беспокойство о том, что в будущем я могу подвергнуться нападению, поможет мне избежать повторения ситуации»).

Убеждения о руминации фокусируются на ней, как на способе установления вины, ответственности и причин произошедшего. Поступая подобным образом, индивид обычно убежден, что сможет разработать лучшие копинг-стратегии и предотвратить проблемы в будущем, если лучше поймет, что произошло в прошлом (напр.: «Я должен анализировать, что произошло, чтобы лучше справиться с ситуацией в следующий раз»).

Процесс заполнения пробелов аналогичен руминации и поддерживается такими убеждениями, как «Я должен вспомнить все, что делал до инцидента, чтобы установить, есть ли в случившемся доля моей вины».

Стратегии мониторинга угроз поддерживаются позитивными убеждениями, касающимися потребности фокусировать внимание или направлять осознание определенным образом. Далее приведены примеры подобных убеждений:

«Если я буду всегда в состоянии готовности, меня ничто не застанет врасплох».

«Я должен высматривать признаки опасности, куда бы я ни направлялся».

«Если я буду уделять внимание всем людям, вызывающим подозрение, меня не застанут врасплох».

«Если я буду бдителен, то смогу обнаружить опасность прежде, чем станет слишком поздно».

«Если я слушаю, о чем говорят стоящие за мной люди, значит, готов действовать».

«Если я буду проверять улицу, я буду знать, что в безопасности».

Также, позитивные убеждения часто касаются потребности в контроле мыслей. И позитивные, и негативные убеждения о контроле мыслей отражены в следующих типах высказываний пациентов:

«Я не должен думать о травме, иначе я никогда не смогу ее пережить и оставить в прошлом».

«Если я не буду об этом думать, то не буду расстраиваться».

«О некоторых аспектах я не хочу думать, потому что это слишком много для меня».

Негативные метакогнитивные убеждения фокусируются на смысле и значимости мыслей и симптомов. Они включают убеждения о том, что интрузивные мысли или флэшбеки являются признаком серьезной психической неуравновешенности, что они могут вызвать «нервный срыв» или же они являются признаком того, что индивид наказан за травматическое событие и на нем лежит ответственность за него. Например, пациенты убеждены, что 1) интрузии являются признаком «повреждения мозга»; 2) постоянные мысли о сексуальном нападении «означают, что я хотел(а), чтобы это случилось»; и 3) симптомы возбуждения «ненормальны» и говорят о «слабой психике».

В следующем разделе я опишу, каким образом CAS и метакогниции обеспечивают устойчивость симптомов травматического стресса.

Метакогнитивная модель ПТСР

Модель (Wells, 2000; Wells & Sembi, 2004a) схематически изображена на рис. 7.1. Она базируется на той предпосылке, что после травматического события внутренней целью выживания пациента является формирование метакогнитивного плана, который управляет когницией и действиями пациента в будущих потенциально угрожающих ситуациях. На формирование такого плана влияет проявление таких симптомов, как ориентировочные реакции, чрезмерные реакции испуга, возбуждение и мысленное моделирование различных вариантов действий в ситуации.

Этот процесс, называемый рефлексивным адаптивным процессом (reflexive adaptation process; RAP), в норме проходит беспрепятственно. Он автоматически инициируется интрузиями и после его эффективного завершения симптомы ослабевают. Однако этот нормальный процесс может нарушаться из-за некоторых стилей мышления и копинг-стратегий индивида.

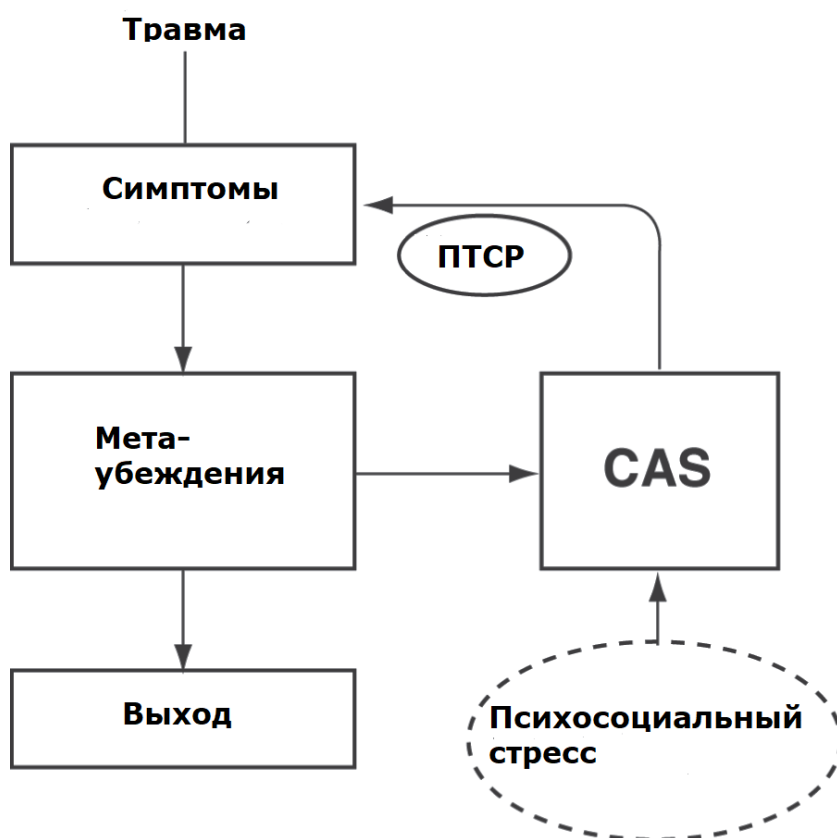


Рис. 7.1. Метакогнитивная модель ПТСР

В частности, CAS препятствует нормальному протеканию RAP и возвращению когниции к переработке нормального

неугрожающего окружения. Метакогнитивные убеждения активизируют CAS и ведут к негативным интерпретациям симптомов, мыслей и аттентивных стилей, которые повышают переработку опасностей, а также к поведенческим копинг-стратегиям, препятствующим возвращению когниции к нормальному состоянию переработки, свободной от поиска угроз.

CAS вызывает устойчивую, связанную с угрозами переработку, называемую «замыкание в травме» (trauma-lock; Wells & Sembi, 2004b) — когниция индивида замыкается на постоянных размышлениях о травме, беспокойстве о будущих угрозах, внимании к опасностям и негативной интерпретации симптомов. В ходе этих процессов индивид ненамеренно усиливает свои метакогнитивные планы для обнаружения и переработки опасностей и становится все более чувствительным и опытным детектором угроз, что ведет к разнообразным ситуациям, активизирующим тревожную реакцию.

CAS проистекает из позитивных и негативных метакогнитивных убеждений. Возьмем, к примеру, позитивное убеждение о том, что необходимо беспокоиться, чтобы быть готовым к будущим опасностям, и негативное убеждение о том, что интрузивные мысли являются признаком непоправимого вреда, нанесенного психике. Вместе или по отдельности, эти метакогниции формируют индивидуальный стиль переработки и интерпретации, которые порождают ошибочное чувство опасности и поддерживают таким образом тревогу и связанные с ней симптомы.

В представленной модели (рис. 7.1) травматические события вызывают стрессовую реакцию и связанные с ней симптомы. Эта нормальная стрессовая реакция включает интрузивные мысли, чрезмерное возбуждение, преувеличенные реакции испуга и аттентивные ориентировочные реакции. Они влияют на когницию как искажающие агенты и приводят к избирательному выбору и усилению метакогниций для контроля мышления и копинга. Это, по-видимому, нормальные адаптивные реакции, продолжающиеся несколько дней или недель после стресса, так

как они приводят организм в состояние готовности к опасности.

Интрузии в форме образов дают индивиду толчок к представлению разных способов справиться с травмой. Это процесс *мысленного моделирования*, который объединяет поведение с информацией во временной динамике в целях формирования сценария, или плана, руководства действиями. Подобные мысленные модели, возможно, важны для выживания, поскольку способствуют разработке начатков двигательных программ, которые могут быть вызваны при наличии угрозы в будущем. Безопаснее смоделировать образ действий при опасности, чем подвергнуться ей в реальности и таким способом выучиться новым реакциям.

Тревожные симптомы являются частью RAP и проходят со временем сами собой. Однако, если метакогнитивные убеждения предполагают использование руминации, беспокойства и/или заполнения пробелов, мониторинга угроз, подавления мыслей и избегания, и/или они ведут к интерпретации симптомов как угрожающих, восприятие угрозы сохраняется, а тревога поддерживается.

Каковы механизмы, связывающие компоненты CAS с сохраняющейся симптоматикой? Прежде всего, беспокойство и руминация — это преимущественно вербальные процессы переработки, забирающие внимание, которое в противном случае могло быть использовано для мысленного моделирования. Таким образом, мысленное моделирование может быть нарушено из-за истощения ресурсов. Беспокойство и руминация являются негативными по содержанию и, как таковые, могут поддерживать тревогу или негативный аффект, повышая вероятность возникновения интрузивных мыслей, связанных с эмоциями.

При заполнении пробелов индивид больше озабочен воспроизведением конкретных аспектов травмы, чем переработкой связанного с травмой материала в целях его постепенного исчезновения. При мониторинге угроз индивид сосредоточивается на переработке потенциальных угроз, имеющихся в окружении, и постепенно его ощущение реальной опасности растет. Подавление мыслей и воспоминаний повышает

заметность этого материала и редко удается, что усиливает у индивида чувство потери контроля. Негативные интерпретации симптомов ведут к тревоге и способствуют переживанию чувства опасности исключительно на основе испытываемых эмоций. Другие копинг-стратегии, например избегание и диссоциация, препятствуют переработке реальных внешних стимулов, так что индивид продолжает переоценивать опасность.

Модель в действии

Этот раздел содержит последовательный разбор того, как действует модель в типичном случае.

РАР запускается интрузивными симптомами, как правило, мыслями в форме образов или воспоминаний, отображающих аспекты травмы. В некоторых случаях триггером является телесное ощущение, которое напоминает индивиду о физических повреждениях или эмоциях, произошедших во время травмы, например о боли или внезапном возбуждении.

Триггер активизирует метакогнитивные убеждения, которые управляют способом реагирования на него. При ПТСР метакогниции являются дезадаптивными, поскольку приводят индивида к руминации/беспокойству или заполнению пробелов, к концентрации внимания на угрозе и к избеганию или подавлению мыслей о травме. Эти стратегии (CAS) способствуют сохранению симптоматики за счет блокирования эмоциональной переработки и поддерживают тревогу за счет постоянно повторяющейся переработки связанных с угрозой стимулов.

Кроме позитивных метакогниций, управляющих копинг-реакцией, у индивида обычно активизируются негативные метакогнитивные убеждения о значении симптомов, что ведет к интерпретации симптомов как угрожающих и к дальнейшему усилению тревоги.

Психосоциальные стрессоры также могут вносить вклад в процесс беспокойства/руминации и мониторинга угроз. Эти стрессоры включают угрозы, которые тяжело поддаются личному контролю, актуальные угрозы или запугивание,

отсутствие социальной поддержки и чувство стыда.



Рис. 7.2. Идиосинкразическая формулировка случая ПТСР

Концептуализация на рис. 7.2. основана на случае пациента, который подвергся вооруженному нападению во время ограбления на работе. Его главными симптомами были постоянное чувство страха и тревоги, постоянные интрузивные мысли, быстро приходящий испуг, проблемы с памятью и концентрацией. Он неверно интерпретировал эти симптомы, как признаки того, что он теряет рассудок. Такая неверная интерпретация, в свою очередь, вела к беспокойству о симптомах, которое поддерживало его чувство тревоги. Далее, беспокойство ухудшало его концентрацию и память. Пациент был убежден, что должен беспокоиться о будущих угрозах,

чтобы быть готовым к ним и быть в большей безопасности. Это беспокойство о потенциальных будущих угрозах поддерживало его чувство опасности и тревоги. Он считал, что должен фокусироваться на опасности, чтобы оказать лучшее сопротивление в будущем. Эта внимательная стратегия повышала его ощущение того, что он живет в окружении, полном угроз.

В этом случае пациент был убежден, что должен контролировать свои мысли о травме, что приводило к попыткам подавления, которые, вопреки его ожиданиям, повышали частоту и продолжительность интрузивных мыслей. Попытки контроля мыслей и беспокойство вместе ухудшили его память и концентрацию. Таким образом, четкие петли обратной связи, включающие CAS, были ответственны за поддержание его симптомов и тревоги, вызвав ПТСР.

Структура лечения

Сессии МКТ обычно проходят на еженедельной основе. Лечение зачастую краткосрочное. Начальные сессии, как правило, продолжаются 45–60 минут. Как только пациенты научатся эффективно применять отстраненную осознанность и контролировать беспокойство/руминацию, сессии можно сократить до 30–40 минут.

В оценках эффективности лечения требовалось 8–11 сессий для полного устранения ПТСР. Как обычно в МКТ, лечение состоит из ряда последовательных стадий. Эти стадии перечислены далее:

1. Концептуализация случая;
2. Социализация;
3. Тренировка отстраненной осознанности;
4. Откладывание беспокойства/руминации на потом, отказ от заполнения пробелов;
5. Оспаривание метакогнитивных убеждений;
6. Модификация внимания;
7. Подкрепление новых планов переработки;

8. Профилактика рецидива.

В лечение не входят образная экспозиция, воспроизведение случившегося или оспаривание мыслей о травме. За исключением описания травмы во время оценки лечение не предполагает подробного обсуждения травматического события.

Концептуализация случая

Оценка

Для этой стадии нужны следующие инструменты:

1. Опросник посттравматического стрессового расстройства (PTSD-S);
2. Интервью для формулировки случая ПТСР;
3. Опросники для сессии.

Терапевт начинает с заполнения опросника PTSD-S и анализирует негативные и позитивные метакогнитивные убеждения пациента, чтобы составить предварительное мнение о типах убеждений и поведений, которые должны быть изучены и включены в формулировку случая. Опросник PTSD-S представлен в приложении 8. Этот опросник дает представление о типах реакций на интрузивные мысли и воспоминания о травме. Другие измерения, которыми терапевт может воспользоваться до лечения, — Шкала тревоги Бека (Beck et al., 1988), Шкала депрессии Бека II (Beck et al., 1996) и специальные шкалы для оценки ПТСР, такие как Диагностическая шкала посттравматического стрессового расстройства (Post-traumatic Stress Diagnostic Scale; Foa, 1995), Пенсильванский опросник (Penn Inventory; Hammarberg, 1992) или Шкала травм Дэвидсона (Davidson Trauma Scale; Davidson, 1996).

План первой сессии

План должен отражать цели каждой сессии. Цели первой сессии — составление формулировки случая, повышение осведомленности пациента о факторах, поддерживающих расстройство и применение специфичных для МКТ начальных стратегий. Первая стратегия изменения, с которой знакомится пациент, — это ДМ и откладывание руминации/беспокойства.

Первая сессия начинается следующим образом:

На сегодняшней сессии я хочу разобрать последний эпизод, когда у вас были назойливые мысли о травме. Таким образом мы обнаружим факторы, которые поддерживают ваши симптомы стресса и приступим к рассмотрению того, какими способами можно преодолеть вашу проблему. Также, я немного расскажу вам о том, что такое метакогнитивная терапия и чего вам ожидать от лечения. Кроме того, я познакомлю вас с новыми способами реагирования на ваши симптомы. Есть ли какие-то темы, которые вы хотели бы обсудить сегодня?

Генерирование концептуализации случая

Следующий шаг — это генерирование идиосинкразической версии метакогнитивной модели, которая регистрирует события, активизирующиеся в ответ на интрузивную мысль, воспоминание или чувство, ассоциирующиеся с травмой. Поскольку интрузии и эмоции, такие как страх, легко обнаружить, как правило, трудностей с идентификации триггера для составления формулировки случая не возникает.

Более того, концептуализация случая не требует подробного изложения деталей травмы. Это является преимуществом, поскольку позволяет обойти когнитивно-аффективное избегание.

Как правило, терапевт начинает с идентификации недавно пережитых симптомов — эмоциональных изменений (напр, изменений аффекта) или интрузивных мыслей, в качестве начальной точки для концептуализации случая. Как правило, пациент испытывает страх/тревогу, но может испытывать и грусть или гнев:

Можете ли вы вспомнить, когда в последний раз вы подумали о травме и ваше эмоциональное состояние изменилось? Когда это было? Какое внутренне событие вызывало первоначальную эмоцию? Это была мысль, воспоминание или ощущение?

Чтобы эффективно собрать информацию для концептуализации случая, следует задавать вопросы последовательно: сначала спросить о симптомах/об аффекте, а затем о стратегиях, используемых для совладания с симптомами или их избегания. Далее терапевт спрашивает об аттентивном мониторинге угроз и о беспокойстве/руминации. Вопросы нацелены на выявление

убеждений о симптомах, беспокойстве/руминации и мониторинге угроз. Последовательность и характер вопросов для концептуализации случая представлены в Интервью для формулировки случая ПТСР (приложение 12).

Пример диалога с использованием этих вопросов приведен ниже; сделанная на его основе концептуализация случая представлена на рис. 7.2.

ТЕРАПЕВТ (Т.): Какие симптомы беспокоили вас за последний месяц?

ПАЦИЕНТ (П.): Я изменился. Я не такой, как раньше.

Т.: Что именно в вас изменилось?

П.: Я стал дерганным и люди меня раздражают.

Т.: Вы сказали «дерганный». Вы имеете в виду, что всего пугаетесь и постоянно испытываете тревогу?

П.: Да. От внезапных звуков я подпрыгиваю и почти все время чувствую себя напуганным и всего опасюсь.

Т.: Если ли у вас другие симптомы, например назойливые мысли о травме?

П.: Да, все время. Я постоянно думаю о том, как лежал на земле и думал, что могу умереть и опять чувствую, как у меня течет кровь по голове.

Т.: Часто ли вы об этом думаете?

П.: Да, эта мысль постоянно возвращается.

Т.: Вспомните самый последний раз, когда эти мысли вас терзали.

П.: Этим утром. Потому что мне нужно было выйти из дома.

Т.: Пытаетесь ли вы каким-нибудь образом справиться с этими симптомами?

П.: Я не уверен.

Т.: Пытаетесь ли вы избегать мыслей о том, что случилось, или контролировать их?

П.: Я пытаюсь не думать об этом, я говорю себе, что раз я дома,

то не буду думать о том, что случилось.

Т.: Как вы останавливаете свои мысли?

П.: Я говорю себе не думать об этом, а если мысль возникает, я пытаюсь ее контролировать.

Т.: Уделяете ли вы теперь внимание другим вещам?

П.: Что вы имеете в виду?

Т.: Замечали ли вы, что теперь, после случившегося, уделяете внимание другим вещам, не тем, что прежде?

П.: Да, я больше стал уделять внимание определенным типам людей на улице и всегда сконцентрирован на звуках за спиной. Например, на звуке шагов. Я смотрю, во что люди одеты, чтобы понять, не может ли у них быть оружие.

Т.: Давайте для краткости назовем это «фокус на опасности». Тратите ли вы время на размышления о произошедшем, пытаюсь понять, как это случилось?

П.: Я пытаюсь об этом не думать.

Т.: Восстанавливаете ли вы по памяти картину случившегося и задаете ли себе такие вопросы, как: «Что случилось?», «Почему со мной?», «Что это значит?», «Если бы только...» и тому подобное?

П.: Да, думаю, что довольно часто.

Т.: Как подолгу вы размышляете об этом каждый день?

П.: Теперь, когда вы об этом заговорили, думаю, что посвящаю этому много времени.

Т.: Вы беспокоитесь о плохих вещах, которые могут произойти с вами в будущем?

П.: Да, намного больше, чем раньше. Теперь многие вещи стали казаться опасными.

Т.: О чем, например, вы беспокоитесь?

П.: Я беспокоюсь, что пострадаю в аварии, или что на меня нападут, а недавно я беспокоился из-за террористического акта — что это случится со мной. Что если я погибну от взрыва, как

другие люди недавно?

Т.: Чего вы пытаетесь достичь, беспокоясь о будущем?

П.: Я пытаюсь подготовиться, чтобы суметь избежать опасных ситуаций в будущем.

Т.: Беспокоят ли вас эти симптомы и если да, то как именно?

П.: Думаю, чувствовать что-то подобное — ненормально.

Т.: Что вы хотите этим сказать?

П.: Думаю, я верной дорогой иду к нервному срыву. Думаете, он может случиться?

Т.: Зависит от того, что вы под этим подразумеваете.

П.: Возможно, я теряю рассудок, вот что это значит.

Т.: Что самое худшее может случиться, если вы продолжите чувствовать себя подобным образом?

П.: Я могу сойти с ума.

Т.: Извлекаете ли вы какую-нибудь пользу из того, что снова и снова прокручиваете в голове случившееся?

П.: Нет, не думаю.

Т.: Извлекаете ли вы какую-нибудь пользу из беспокойства о том, что может случиться в будущем?

П.: Да, таким образом я смогу избежать опасной ситуации.

Т.: Извлекаете ли вы какую-нибудь пользу из того, что уделяете внимание опасности?

П.: Да, это означает, что я буду готов, что буду способен бороться.

Т.: Как помогает вам контроль мыслей?

П.: Он не дает мне сойти с ума.

Социализация

Социализация происходит при представлении формулировки случая. Терапевт подчеркивает, что симптомы ПТСР являются нормальной частью адаптации к травматическим переживаниям. Также терапевт подчеркивает, что при обычных обстоятельствах

симптомы проходят со временем, в ходе естественного процесса психологического исцеления. Терапевт отмечает, что этот процесс может быть нарушен, если индивид мыслит и действует определенным образом. Факторы, препятствующие адаптации, включают:

1. Беспокойство или руминацию о травме или реакции на нее;
2. Беспокойство о будущих опасностях;
3. Воспроизведение по памяти случившегося;
4. Слишком большое внимание, уделяемое угрозе и опасности после события;
5. Попытки избегания мыслей о событии или их чрезмерного контроля;
6. Негативные убеждения о значении или последствиях симптомов;
7. Избегание ситуаций.

На следующем шаге терапевт обращает внимание пациента на распространенность и на роль беспокойства/руминации. Например, терапевт говорит:

«Глядя на вашу формулировку случая, мы видим, что вы тратите много времени на постоянные размышления о произошедшем событии и о том, что может произойти в будущем. Подобные мысли мы называем руминацией и беспокойством. Сколько времени вы тратите на них каждый день? Помогают ли вам подобные размышления снизить свою тревогу или они поддерживают ощущение угрозы и тревогу?»

Далее, терапевт оспаривает последствия стратегий мышления, чтобы помочь пациенту увидеть, как они способствуют сохранению тревоги за счет того, что поддерживают чувство опасности и угрозы:

«Как вы думаете, возникают ли у вас проблемы из-за того, что вы постоянно прокручиваете в голове случившееся?»

«Помогло ли вам прокручивание в голове случая оставить его позади и двинуться дальше?»

«Каковы последствия беспокойства? Помогает ли вам беспокойство меньше тревожиться? Помогает ли почувствовать себя в

безопасности? Что происходит с вашим ощущением подкарауливающей вас опасности, когда вы беспокоитесь?»

«Есть ли какие-то отрицательные стороны у того, что вы концентрируетесь на угрозе? Повышает ли это ваше ощущение безопасности или это повышает ваше чувство уязвимости?»

«Насколько эффективными были ваши попытки перестать думать о травме?»

Представление цели терапии

Пациентам излагается идея о том, что их интрузивные мысли, возбуждение, флэшбеки, ночные кошмары и реакции испуга – нормальны и даже необходимы после травмы.

Симптомы описываются, как признак того, что когнитивная система пациента пытается переработать травму и адаптироваться к случившемуся таким образом, чтобы улучшить совладание с будущими ситуациями. Однако, копинг-стратегии и стили мышления пациента не дают этому процессу успешно завершиться. Терапевт подчеркивает, что важно не избегать симптомов, поскольку они являются частью процесса выздоровления. «Метафора заживления» используется в качестве иллюстрации того, что спонтанное выздоровление не требует избыточного использования нынешних стратегий.

Представление «метафоры заживления» и цели МКТ

Терапевт использует следующее объяснение:

«Восстановление после психологической травмы очень похоже на заживление физической раны, например пореза. Как вы знаете, у организма есть процессы самовосстановления, он сам исцеляет себя и рана понемногу затягивается. Но что будет, если вы попытаетесь залечить рану, например, постоянно ковыряя рубец и регулярно очищая рану? Как быстро она заживет в таком случае?»

Симптомы психологической травмы напоминают физические. Со временем психика исцелится сама, и так часто происходит. Вы, как в случае с физической раной, вмешиваетесь в процесс заживления – много времени уделяете беспокойству/руминации, избегаете мыслей, постоянно концентрируетесь на угрозе. Цель лечения состоит в том, чтобы убрать эти непродуктивные стратегии, чтобы психика восстановилась естественным образом. Давайте посмотрим на формулировку случая (рис. 7.2): мы избавимся от всего

содержимого этого прямоугольника, озаглавленного CAS, и вы начнете действовать по-новому, выйдя из замкнутого цикла ПТСР».

Формулировка случая используется для демонстрации того, как будет проходить лечение. На рис. 7.2. прямоугольник «Выход», или адаптивная переработка, пуст. Терапевт сообщает пациенту, что лечение будет состоять из «опустошения» блока, где указаны непродуктивные стратегии переработки (CAS), и практикования новых стратегий, которые заполнят адаптивный блок «Выход», что будет способствовать процессу исцеления и выходу из цикла ПТСР.

Отстраненная осознанность и откладывание беспокойства/руминации

Цель следующей стадии лечения – повысить информированность пациента о характере и проявлениях беспокойства/руминации (и по необходимости заполнения пробелов) в качестве предпосылки для выработки альтернативных реакций на интрузивные симптомы. Пациента просят вспомнить, как долго и как часто он думал о травме или беспокоился о будущих несчастьях за прошедшую неделю. Терапевт ищет циклические негативные мысли, основанные на вопросах «Что, если...», «Если только,...», «Почему...» и «Почему я».

После идентификации этого паттерна мышления, в частности как ответа на интрузивные мысли о травме, терапевт фокусируется на изложении альтернативных реакций. Цели следующие: 1) повысить информированность пациента об отрицательных сторонах беспокойства, руминации и заполнения пробелов; 2) познакомить пациента с ДМ; и 3) применить откладывание беспокойства/руминации (и отказ от заполнения пробелов). Давайте рассмотрим эти цели по очереди.

Анализ недостатков и преимуществ

Терапевт помогает пациенту увидеть, что беспокойство/руминация не приносят пользы и просто замыкают его на воспроизведении негативных аспектов травмы или размышлениях о будущих угрозах. Чтобы это сделать и ослабить позитивные убеждения о необходимости этого типа устойчивого

мышления, терапевт направляет пациента в анализе недостатков и преимуществ беспокойства/руминации. Цель — ослабить преимущества и усилить недостатки, чтобы облегчить применение техники откладывания беспокойства/руминации на потом. Следующий диалог иллюстрирует этот процесс:

ТЕРАПЕВТ (Т.): Я хотел бы, чтобы мы изучили преимущества и недостатки руминации и беспокойства. Давайте начнем с руминации. Она означает, что вы постоянно возвращаетесь мыслями к событию, анализируете его. Давайте сначала составим список преимуществ, а затем — список недостатков. Как вы думаете, какие положительные стороны есть у того, чтобы постоянно прокручивать в голове случившееся?

ПАЦИЕНТ (П.): Это помогает мне прояснить, что именно случилось.

Т.: Хорошо, я это запишу. Как-нибудь еще вам руминация помогает?

П.: Я могу выяснить, лежит ли вина на мне.

Т.: Я добавлю это в список. Еще какие-нибудь преимущества?

П.: Больше не могу придумать.

Т.: Поможет ли вам она предотвратить аналогичные ситуации в будущем?

П.: Да, если я пойму, что случилось, я буду более осторожен в следующий раз.

Т.: Хорошо. Что-нибудь еще?

П.: Думаю, это все.

Т.: Теперь давайте рассмотрим отрицательные стороны руминации. Как вы думаете, какие проблемы она влечет за собой?

П.: Ну, вы навели меня на мысль, что она способствует сохранению моей тревоги.

Т.: Хорошая мысль. Я добавлю ее в список недостатков. Еще какие-нибудь проблемы?

П.: Она не дает мне забыть о случившемся.

Т.: Хорошо. Она заставляет вас все время сосредоточиваться на угрозе. Что-то еще?

П.: Больше ничего не приходит в голову.

Т.: Она делает вас счастливым и позитивным человеком?

П.: Нет, как раз наоборот, она делает меня злым и грустным.

Т.: Хорошо, тогда это тоже запишем.

На следующей стадии терапевт возвращается к преимуществам руминации и оспаривает их следующим образом:

ТЕРАПЕВТ (Т.): Давайте снова посмотрим на список преимуществ руминации. Удалось ли вам составить ясную картину случившегося в результате руминации?

ПАЦИЕНТ (П.): Нет, я не думаю, что это была моя вина, но не могу все вспомнить.

Т.: Сколько вам еще нужно над этим размышлять, чтобы все вспомнить?

П.: Не думаю, что если я продолжу размышлять, это хоть сколько-нибудь поможет.

Т.: Так помогла ли вам руминация во всем разобраться?

П.: Возможно немного, но по-настоящему – нет.

Т.: Делает ли руминация вас более осторожным?

П.: Да, уверен, что делает.

Т.: Но какой ценой? Посмотрите на недостатки.

П.: Да, я вижу, что она создает проблемы.

Т.: Как вы думаете, возможно ли быть осторожным без размышлений о прошлом?

П.: Да, полагаю, что это возможно. Я об этом не думал.

Т.: Сейчас, когда мы ее подробно разобрали, считаете ли вы, что у руминации есть серьезные преимущества?

П.: Нет, все указывает на то, что их нет. Но я не уверен, что смогу легко от нее отказаться.

Т.: Вообще говоря, это не такая уж большая проблема. Мы займемся этим через пару минут.

Анализ преимуществ и недостатков, подобный описанному выше, следует проводить для изучения мотиваций (напр., убеждений), касающихся других непродуктивных поведенческих копинг-стратегий. В особенности беспокойства, подавления мыслей и (позднее в лечении) злоупотребления алкоголем или наркотиками, по необходимости.

Когда избегание мыслей или подавление мыслей является отличительной особенностью формулировки, анализ недостатков и преимуществ обычно дополняется проводимым на сессии экспериментом с подавлением, который призван показать пациенту, что попытки избежать мыслей влекут за собой проблемы. Здесь терапевт, как правило, просит пациента не думать конкретную мысль (напр., «Постарайтесь не думать о синем тигре в течение нескольких ближайших минут»). Затем пациент несколько минут выполняет задание, и терапевт интересуется, насколько ему это удалось. Обычно пациент отмечает, что мысль отогнать не удалось. Результат используется в качестве доказательства того, что контроль мыслей не является особенно эффективным и даже может способствовать повышению сосредоточенности на интрузиях.

Отстраненная осознанность

Следующий шаг – обучение пациента применению отстраненной осознанности в ответ на первоначальные негативные мысли или интрузии, связанные с травмой, и, таким образом, отказ от реагирования на них беспокойством и руминацией.

Как было описано в главе 5, отстраненная осознанность (detached mindfulness, DM) означает новый способ отношения к интрузивным мыслям: пациент наблюдает за ними отстраненно, не интерпретируя, анализируя или контролируя их. Пациентов инструктируют реагировать на негативные мысли, интрузивные

мысли, флэшбеки и кошмары следующим образом:

«Когда у вас возникнет интрузивная мысль [флэшбек и т. д.], важно, чтобы вы сделали следующее. Во-первых, признайтесь себе в наличии мысли, затем напомните себе о том, что она является частью процесса исцеления, но что уделять ей излишнее внимание ненужно. Попробуйте сказать себе: «Это всего лишь мысль. Мне не нужно ничего с ней делать. Я просто оставлю ее, как есть, на ее законном месте».

Для того чтобы пациент лучше понял концепцию ДМ, можно прибегнуть к различным метафорам. Особенно полезны метафора непослушного ребенка и метафора облаков, описанные в главе 5. Например, терапевт говорит:

«Вы можете поступать с интрузивными симптомами так же, как вы бы поступили с облаками на небе. Облака являются частью водного обмена на нашей планете. Они бегут по небу, и мы никак не можем на них повлиять. Если мы будем пытаться отогнать их или будем беспокоиться о них – это никак не поможет. А если бы вы смогли разогнать облака, но нарушили бы равновесие в природе: дождь бы не пошел и климат изменился. Лучшее, что можно сделать, – дать облакам занять их законное место и пассивно наблюдать за тем, как они себя ведут. Этот подход вы можете использовать для своих интрузивных мыслей и симптомов. Обращайтесь с ними так, как если бы это были облака, плывущие по небу, и наблюдайте за ними из отдаления».

После этого объяснения пациент тренируется применять ДМ к нейтральным мыслям, чтобы получить опыт пребывания в этом состоянии. Например, можно использовать свободные ассоциации или задание «тигр» (см. главу 5). В задании на свободные ассоциации терапевт просит пациента посидеть спокойно и позволить своим мыслям блуждать свободно благодаря свободным ассоциациям. Инструкция к этому заданию выдается примерно в таком формате:

«Вы можете испытать состояние отстраненной осознанности, применив его к общим мыслям и чувствам. Сейчас я буду произносить вслух слова и хочу, чтобы вы просто пассивно наблюдали за течением ваших мыслей. Возможно, вам придет в голову множество мыслей или не придет ни одной. Это не имеет значения. Цель — осознавать, что происходит, не пытаясь при этом как-либо повлиять на происходящее. Не пытайтесь думать о чем-то

специально, вызывать определенные чувства или воспоминания. Просто наблюдайте за спонтанными внутренними переживаниями, не влияя на них. Давайте начнем (*пауза*). Яблоко (*пауза*), океан (*пауза*), дерево (*пауза*), день рождения (*пауза*), велосипед (*пауза*), дом (*пауза*), шоколад (*пауза*), праздник (*пауза*). Получилось ли у вас отстраниться и понаблюдать за тем, как спонтанно возникают ваши мысли без вашего участия?»

Откладывание беспокойства/руминации на потом

После того, как пациент понял концепцию ДМ и попрактиковался в применении этой техники на сессии, терапевт излагает ему стратегию откладывания беспокойства/руминации на потом. Терапевт дает следующие инструкции: когда возникнет интрузивная мысль или симптом (напр., внезапное сильное возбуждение), пациент должен признать, что симптом появился, а затем сказать себе, что не нужно размышлять о нем, беспокоиться или анализировать травму или симптом прямо сейчас, пусть сейчас симптом сам со временем утихнет, а активно подумать о нем можно позже.

Пациентов просят планировать на каждый вечер 15 минут на размышления. Это должно происходить минимум за 2 часа до сна. В это «время для размышлений» пациент может думать о травме и о симптомах, анализировать их, столько, сколько необходимо. Однако, терапевт подчеркивает, что это время на размышления и беспокойство не является обязательным. На самом деле, большинство пациентов решают, что им оно не нужно. Пациентов инструктируют перестать беспокоиться по окончании 15 минут, и далее, если беспокойство даст о себе знать, применять к нему ДМ, откладывая, если необходимо, мысли о нем на следующий вечер.

Применение ДМ и откладывания руминации/беспокойства на потом

Терапевт просит клиента применять ДМ и откладывание беспокойства/руминации в ответ на все интрузивные мысли о травме. Важно, чтобы терапевт внимательно следил за практикой применения этих стратегий. Это происходит посредством подробного обсуждения того, как техники применяются дома.

С самого начала использования этих стратегий большинство пациентов утверждает, что применяет их. Однако, подробный анализ, проведенный терапевтом, как правило, показывает, что стратегии не применяются последовательно ко всем интрузиям, или что они применяются неправильно. Приведенный далее пример иллюстрирует, что терапевту необходимо подробно исследовать и «отладить» или улучшить применение ДМ и откладывание беспокойства/руминации.

ТЕРАПЕВТ (Т.): Вы применяли отстраненную осознанность и откладывание беспокойства?

ПАЦИЕНТ (П.): Да, я это использую.

Т.: Как часто вы это использовали?

П.: Как вы и сказали, каждый день, когда приходит мысль.

Т.: И сколько примерно вы думали о травме?

П.: Ну, я до сих пор думаю о ней.

Т.: Когда вы в последний раз думали о ней?

П.: Сегодня, по дороге к вам.

Т.: Какие мысли у вас были?

П.: Я думал о том, почему я не разобрался с проблемой самостоятельно.

Т.: Похоже, вы занимались анализом. Сколько времени это продолжалось?

П.: Не уверен, периодически, пока ехал сюда.

Т.: Какая мысль была самой первой?

П.: Эта была мысль о лечении. Не всем нужна терапия только потому, что он попал в аварию.

Т.: Значит, мысль была примерно такой: «Что со мной не так?»

П.: Да, что-то наподобие этого.

Т.: По-видимому, это была руминация. А вы как думаете?

П.: Да, думаю это она. Я не понимал этого, пока вы мне не

заострили внимание на этом моменте.

Т.: Сколько аналогичных случаев руминации произошло за неделю?

П.: Довольно много. Мне нужно внимательнее отслеживать свои мысли.

Т.: Хорошо. Итак, вам нужно осознавать, когда запускаются длительные размышления о травме, и откладывать их на потом. Когда вам в голову придет мысль, похожая на «Что со мной не так?», примените отстраненную осознанность и не вовлекайтесь в длительные размышления. Вам не нужно отвечать на эти вопросы.

Важно, чтобы терапевт оценивал, насколько использование ДМ эффективно и максимально. Для этого он руководствуется следующей инструкцией:

1. Терапевт просит оценить пациента, какую часть времени ему удастся применять технику к интрузивным мыслям. Важно, чтобы терапевт и пациент не путали это с оценкой дистресса. Цель не в том, чтобы оценить количество времени, которое пациент способен переживать интрузии без дистресса. Терапевт должен подчеркнуть, что цель техники – не снизить дистресс, а дать возможность переработки произойти естественным образом, без избыточных размышлений. Как правило, цель в том, чтобы ДМ применялось к 75% интрузий, а периоды беспокойства/руминации продолжались не дольше 1–2 минут. Обычно для достижения этих целей требуются несколько сессий и «отладок» техники.
2. Терапевт спрашивает пациента, стал ли он реже применять технику со временем, и если да, то почему. Если это произошло из-за уменьшения дистресса, связанного с интрузией, терапевт подчеркивает, что техника должна применяться к большинству интрузий вне зависимости от уровня дистресса.
3. Более редкое применение техники ДМ в связи с

уменьшением частоты интрузий допустимо, но ее целью не является активное прекращение интрузий. Терапевт спрашивает, пытался ли пациент остановить интрузии или они затухали сами по себе.

4. Терапевт спрашивает о том, насколько широко применяется ДМ. Важно, чтобы техника применялась ко всем видам интрузий, связанных с травмой и ее последствиями. Некоторые пациенты сообщают о преобладании определенных повторяющихся интрузий. Они применяют ДМ к этим основным интрузиям, но не применяют эту технику к остальным интрузиям, как должно, хотя и замечают их.
5. Пациента расспрашивают обо всех случаях, когда техника ДМ не была применена. Редкое применение ожидается, если беспокойство уменьшилось. Однако, более редкое применение ДМ в ответ на конкретные интрузии на начальных этапах лечения указывает на необходимость расширить сферу применения техники (см. раздел «Тренинг генерализации»). Неспособность применить технику может быть связана с сильными позитивными метакогнитивными убеждениями о необходимости активно анализировать травму или беспокоиться о будущих угрозах, чтобы справиться с опасностью или избежать ее. В таких случаях для фасилитации применения рекомендуется сократовский диалог — оспаривание позитивных метакогнитивных убеждений о беспокойстве.

Тренинг генерализации

Терапевт переходит к следующей стадии МКТ и объясняет пациенту, что откладывание беспокойства/руминации должно применяться ко всем видам беспокойства и устойчивого негативного мышления, независимо от того, связано ли беспокойство/руминация с травмой. На этом этапе полезно составить список имеющихся проблем, чтобы повысить осознание того, насколько распространено негативное циклическое мышление. Все типы заикливания на одном и том же, беспокойства и руминации становятся мишенью для

применения техники откладывания беспокойства в домашних условиях.

Затем терапевт исследует применение ДМ к последствиям ночных кошмаров. Связанные с травмой сновидения/кошмары зачастую сопровождаются поглощенностью мыслями и чувствами, которые были вызваны ими. Терапевт знакомит клиента с представлением о том, что негативные мысли и чувства – это естественное явление после сновидений/ночных кошмаров и что важно признавать эти мысли и чувства, не пытаясь активно анализировать или подавлять их. Пациента инструктируют применять ДМ к подобным последствиям, когда они возникают.

Устранение других дезадаптивных копинг-стратегий

Следующая стадия — обнаружение других дезадаптивных копинг-стратегий, которые препятствуют адаптации. Терапевт тщательно исследует другие стратегии, которые пациент применяет для контроля симптомов, минимизации угроз, контроля мыслей и снижения тревоги.

Типичные стратегии для выявления — это злоупотребление алкоголем и наркотиками, подавление мыслей, избегание того, что напоминает о травме (напр., телепрограмм), избегание людей или мест, избегание активностей (напр., вождения машины) и проверка (напр., проверка улицы, собственного тела или памяти).

Идентифицировав эти виды поведения, терапевт помогает пациенту понять, что они представляют для него проблему. Например, некоторые из этих стратегий можно рассматривать, как форму избегания мыслей и воспоминаний. Это ведет к обсуждению проблем, вызванных когнитивным избеганием. После того, как были выявлены все непродуктивные последствия каждой из стратегий пациента, терапевт просит пациента отказаться от их использования. Терапевт может воспользоваться таблицей 7.2. в качестве руководства для изучения проблем, связанных с использованием некоторых копинг-стратегий.

Таблица 7.2. Руководство для изучения последствий непродуктивных копинг-стратегий

Копинг-стратегия	Вопросы терапевта	Непродуктивные последствия
1. Избегание ситуаций	«Вы в состоянии не думать о травме, пока избегаете напоминаний о ней?» «Как избегание помогает вам вернуться к тому, каким вы были раньше?» «Если вы избегаете ситуаций, на чем основано ваше чувство опасности?»	«Чтобы избежать их, я должен постоянно думать о том, что делаю, и о существующих рисках». «Это означает, что моя личность изменилась и продолжает меняться». «Оно основано на отсутствии информации. Время не стоит на месте — значит, я боюсь воспоминаний».
2. Употребление алкоголя	«Каковы отрицательные последствия употребления алкоголя, как копинг-стратегии?» «Сколько времени вам нужно употреблять алкоголь, прежде чем он поможет в долговременной	«Это означает, что я не пытаюсь разобраться с этим самостоятельно. Я пытаюсь отгородиться и мешаю естественному процессу выздоровления». «Он не поможет, только на короткий срок. Алкоголь не дает мне увидеть долговременное решение».

- перспективе?»
3. Проверка «Если проверка «Она помогает мне помогает вам почувствовать себя почувствовать себя в большей лучше, почему вам безопасности необходимо ее временно, надолго продолжать?» ее не хватает».
- «Если вы «Проверка продолжите поддерживает мое проверять, станет ли ощущение ваше ощущение опасности. Я думал опасности таким, так не всегда». каким было раньше?»
4. Подавление «Насколько «Иногда мне мыслей успешно вам дается удается их подавление остановить, но затем мыслей?» они возвращаются».
- «Каковы негативные «Я продолжают последствия у терпеть неудачу и применения думать, что не могу стратегии, которая контролировать не работает?» мысли».

Модификация внимания

Для компонента лечения «модификация внимания» наступает время, когда пациент эффективно применял ДМ и откладывание беспокойства/руминации в течение одной недели, что определяется по следующим критериям: техника ДМ применялась минимум к 75% всех интрузий, а периоды беспокойства/руминации длились не дольше 1–2 минут.

В этой фазе лечения фокус обращается на стратегии гипербдительности и мониторинга угроз, которые поддерживают ощущение опасности и связанной с ним тревоги. Интерес представляют два вида аттентивных стратегий мониторинга: 1)

внимание, направленное на внутренние источники угрозы (напр., ощущения, телесные события, эмоции, мысли); и 2) внимание, направленное на внешние источники угрозы, реализуемое в форме сканирования окружения на предмет потенциальной опасности. Эти паттерны внимания могут сосуществовать, проявляться по отдельности или сменять друг друга в зависимости от ситуации. Отказ от мониторинга угроз важен, поскольку пациент выключается из режима переработки угроз, в котором постоянно генерируется информация об опасностях внешней среды, которая раньше перерабатывалась как не представляющая угрозы. Пациенту предлагается выйти из цикла переработки опасности, повышающей чувствительность к маловероятным угрозам, и разработать новый план для контроля внимания, благодаря которому связанная с угрозами переработка сойдет на нет.

Компонент лечения «модификация внимания» состоит из четырех стадий.

Этап 1. Объяснение и обоснование

Терапевт представляет эту тему, описывая пациенту, как внимание поддерживает ПТСР. Важно связать эту идею с той информацией, что пациент уже узнал о непродуктивной роли беспокойства, чтобы сформировать переход от ранней части лечения к последующей. Для обоснования используется примерно следующее вступление:

«Как вы уже знаете, беспокойство/руминация и попытки контролировать симптомы могут поддерживать вашу проблему. Вы успешно снизили количество этих непродуктивных реакций в вашей жизни. Теперь пришло время рассмотреть другой вид непродуктивной реакции, которая поддерживает ощущение опасности и угрозы. Изменилось ли ваше ощущение опасности после случившегося?

Чрезмерное внимание к потенциальным опасностям после травмы – это нормально. Этот вид концентрации внимания поддерживает ощущение опасности и не дает вам вернуться к более объективному представлению о мире.»

За обоснованием следуют вопросы о последствиях стратегий мониторинга угроз, которые поясняют его для пациента. Лучше

всего, если эти вопросы будут направлены на исследование конкретных стратегий, применяемых пациентом. Например, терапевт спрашивает:

«Есть ли какие-нибудь трудности, связанные с тем, что вы постоянно сканируете окружающий мир на предмет возможной угрозы?»

«Повышает или понижает вашу тревогу постоянное сканирование окружающего мира на предмет угроз?»

«Позволяет ли вам концентрация на угрозе получить объективное впечатление о том, насколько безопасна ситуация в действительности?»

«Как влияет концентрация внимания на угрозе на вашу тревогу?»

«Означает ли концентрация внимания на угрозе, что вы всегда будете справляться лучше с ситуациями в будущем?»

Таким образом терапевт формирует концептуализацию гипербдительности или мониторинга угроз как еще одной формы загруженности внимания или копинг-стратегии, схожей по непродуктивности с беспокойством/руминацией. Следующий обмен репликами иллюстрирует применение этих вопросов.

ТЕРАПЕВТ (Т.): Изменился ли ваш фокус внимания после ограбления?

ПАЦИЕНТ (П.): Что вы имеете в виду?

Т.: Например, когда вы идете по улице, вы обращаете внимание на вещи, которые раньше вас не интересовали?

П.: Да, я высматриваю людей на велосипедах и людей в капюшонах. Я просто высматриваю всех тех, чьи действия кажутся подозрительными.

Т.: Вы стали уделять больше внимания еще каким-нибудь вещам?

П.: Да, я стал более внимательным к тому, что пишут в газетах. Я проверяю, произошли ли какие-нибудь преступления поблизости от тех мест, где я бываю.

Т.: Сопряжены ли какие-нибудь проблемы с этим постоянным

отслеживанием происходящего вокруг?

П.: Нет, так у меня больше шансов избежать проблем в будущем.

Т.: Означает ли концентрация внимания на угрозе, что вы всегда будете справляться лучше с ситуациями в будущем?

П.: Нет, думаю, невозможно уделять внимание абсолютно всему.

Т.: Если бы вы больше концентрировались на том, что происходит вокруг вас, до того, как получили травму, помогло бы это предотвратить ее?

П.: Нет, поскольку он напал на меня сзади. Тогда бы мне пришлось постоянно оглядываться назад.

Т.: Как влияет концентрация внимания на потенциальной угрозе на вашу тревогу?

П.: Это пробуждает во мне чувство страха, и я стал больше осознавать, сколько преступлений совершается вокруг.

Т.: Количество преступлений возросло с тех пор, как вас ограбили, или изменилось что-то другое?

П.: Нет, просто я стал больше замечать.

Т.: И это помогает вам избежать опасности?

П.: Возможно.

Т.: Как насчет вещей, которых вы не замечаете?

П.: Ну, те вещи по-настоящему опасны.

Т.: Видимо, вам нужно замечать все происходящее, даже если ничего еще не случилось.

П.: Да, я стараюсь думать о том, что может пойти не так.

Т.: Похоже, это еще одно проявление беспокойства. Вы видите сходство?

П.: Да, теперь, когда вы об этом сказали, я вижу.

Т.: Как это беспокойство скажется на вашей тревоге в долгосрочной перспективе?

П.: Я просто буду продолжать тревожиться.

Т.: Правильно. Поэтому нам нужно уменьшить ваш мониторинг

угроз, чтобы вы смогли вернуться к более объективному взгляду на мир.

Этап 2. Ослабление позитивных метакогнитивных убеждений о мониторинге

До того, как пациент будет готов отказаться от мониторинга угроз, ему часто требуется терапевтическое руководство, чтобы ослабить позитивные убеждения, поддерживающие его использование. Вот некоторые примеры позитивных убеждений:

«Если я буду обращать внимание на угрозы, то смогу защитить себя».

«Бдительность означает, что я смогу избежать проблем прежде, чем станет слишком поздно».

«Я должен быть готов, тогда ситуация не застанет меня врасплох».

«Когда я начеку, то подготовлен к будущему».

Чтобы оспорить эти убеждения, терапевт спрашивает, можно ли предотвратить травматическое событие, уделяя внимание всем возможным угрозам. В частности, откуда пациент знает, с какой стороны поджидать опасности до того, как случится событие?

Акцент на отрицательных сторонах и негативных последствиях мониторинга угроз также ослабляет позитивные убеждения. Терапевт помогает пациенту увидеть, как внимание, направленное на угрозы, порождает еще большее ощущение опасности. Для упрочения этой идеи можно провести эксперимент: пациента просят изменить аттентивную стратегию и высматривать несчастные случаи, которые «вот-вот произойдут», например превышение разрешенной скорости участниками движения или слишком маленькая дистанция. Таким образом терапевт может поставить следующий вопрос: «Дает ли вам внимание к угрозам точное представление об опасности или порождает повышенное ощущение опасности? Поскольку оно повышенное, вам нужно вернуться к объективному ощущению, для чего необходимо уменьшить мониторинг угроз».

Этап 3. Осознание и отказ

После того, как пациент понял свою проблему с мониторингом угроз, терапевт просит пациента сознательно зафиксировать, какой у него фокус внимания, в следующий раз, когда он почувствует тревогу в какой-либо ситуации. Затем пациенту нужно помочь в следующем: он должен отказаться от мониторинга угроз, для чего переключить внимание на нейтральные стимулы, например посчитать, сколько в поле зрения имеется объектов синего цвета. Для осуществления этой стратегии пациенту предлагают вернуться к обычному течению жизни, какое было до травмы, и, если возможно, к ситуации, в которой произошла травма.

На последующих сессиях этого этапа нужно оценить степень, до которой пациент смог вернуться к обычной жизни, которую вел до травматического события. Если налицо избегание ситуаций с невысокой степенью риска, пациенту предлагают в качестве домашнего задания пережить конкретные ситуации и потренироваться в отказе от мониторинга угроз.

Этап 4. Рефокусировка внимания — сигналы безопасности

Следующий этап после отказа от мониторинга угроз — это активная рефокусировка внимания. Пациента просят сознательно перенаправлять внимание от себя и от угрозы на сигналы безопасности в окружении, когда он находится в ситуациях, напоминающих ему о травме. Терапевт оформляет это предложение следующим образом:

«Чтобы ваше мышление перенастроилось и вы стали воспринимать окружающий мир нормально, вам нужно попрактиковаться переключать внимание на безобидные вещи. Это означает, что вам нужно искать сигналы того, что ситуация безопасна, а не сигналы о наличии маловероятной угрозы».

Эта цель достигается за счет применения стратегий рефокусировки на терапевтической сессии. Прежде всего, пациента просят сесть в приемной и сфокусироваться на внешних аспектах, которые делают приемную безопасным местом. Затем можно попросить пациента пройтись по улице вместе с терапевтом и попрактиковаться в фокусировке

внимания на сигналах безопасности.

Например, пациент, которого сбил превысивший скорость водитель, нервничал, переходя через дорогу, и постоянно следил, нет ли на дороге движущихся слишком быстро автомобилей (т.е., занимался мониторингом угроз). Терапевт спросил его, наилучший ли это образ действий при переходе через улицу и нет ли варианта получше. После обсуждения терапевт предложил, что более подходящим вариантом будет сконцентрироваться на больших разрывах в движении, как на сигнале о том, что сейчас переходить улицу безопасно. Пациент согласился, что это лучше, чем концентрироваться на превышающих скорость автомобилях, как на сигнале о том, что переходить улицу опасно. После того, как пациент попрактиковался применять альтернативную внимательную стратегию, он сообщил, что стал чувствовать себя увереннее при переходе через дорогу. По необходимости возможно применить «метакогнитивное руководство» (см. главу 5).

Остаточное избегание

На этой стадии лечения терапевт выявляет оставшееся избегание ситуаций, если таковое есть, и фокусируется на избавлении пациента от этой стратегии. Некоторые пациенты продолжают избегать места, где произошла травма. Тогда их просят прийти на это место и применить *внешний* мониторинг к *актуальному* безопасному окружению. Вполне вероятно, что у пациента запустится переработка активировавшихся образов или воспоминаний о травме – в таком случае пациента просят применить технику ДМ к интрузии и «посмотреть через нее» на внешнее, сейчас безопасное, окружение.

Новые планы для переработки

После того, как дезадаптивные стратегии были устранены, а позитивные метакогнитивные убеждения, поддерживающие их, были модифицированы, наступает финальный этап лечения, нацеленный на профилактику рецидива. На этом этапе происходит закрепление и усиление альтернативных метакогнитивных планов, которые используются для контроля

реакций на связанных с травмой интрузии в будущем.

Крайне важно, чтобы пациент постоянно осознавал, когда начинается беспокойство/руминация и когда он начинает применять такие стратегии, как мониторинг угроз и избегание. Новый план для переработки должен отражать реакции, несовместимые с этими реакциями. Чтобы содействовать этому, можно заполнить сводную таблицу нового плана (см. приложение 19) — обобщить старый дезадаптивный план и привести новые реакции, которые необходимо систематически практиковать в ответ на идиосинкразические триггеры.

Реализация этой стратегии включает три важных компонента. Во-первых, необходимо выявить как можно больше триггеров симптомов, чтобы повысить их осознание. Во-вторых, нужно написать подробный список утверждений от первого лица, первая часть из которых касается старого плана, а вторая часть — нового плана. В-третьих, пациента надлежит поощрять в том, чтобы он постоянно применял новый план, как альтернативу прежнему плану. Давайте рассмотрим подробнее каждый компонент.

«Мои триггеры» содержат список типичных внутренних событий, активирующих прежние стили переработки и совладания. Вот типичные примеры:

1. Интрузивные мысли (напр., флэшбеки или фрагменты воспоминаний);
2. Негативные мысли (напр., до того, как выйти из дома, пациент думает: «Это безопасно?»);
3. Симптомы возбуждения (напр., испуг или тревога);
4. Когнитивные симптомы (напр., проблемы с концентрацией);
5. Физические симптомы (напр., различные боли);
6. Внешние события (напр., неожиданные звуки).

«Стиль мышления» состоит из описания прежних руминативного и негативного процесса размышлений. Например: «Я пытаюсь понять, почему это случилось со мной, почему я так себя

чувствую, что это говорит обо мне, как о человеке, что было бы, если бы все произошло иначе». Новый план должен содержать инструкцию по применению альтернативных реакций, выученных за время лечения: «Я должен прерывать любое «копание» в проблеме и откладывать ее анализ на потом. Если негативные мысли возникают, я должен применить отстраненную осознанность и продолжить делать то, что делал».

«Виды поведения» заполняются утверждениями об избегании и дезадаптивном копинге, таком как злоупотребление алкоголем. Например: «Я должен избегать опасных мест, я должен стараться больше спать, если я выпью, то смогу отключить мысли». Новым планом тогда будет: «Я должен продолжать вести привычный образ жизни, я должен прерывать свое беспокойство и применять к своим мыслям отстраненную осознанность».

«Фокус внимания» касается прежней тенденции отслеживать признаки угрозы, которую нужно заменить новым аттентивным планом. Как мы видели, угроза при ПТСР часто состоит из мониторинга симптомов или внешних источников опасности. Например, пациент рассказывал, что перед выходом из дома, а также перед тем, как лечь спать, проверял, нет ли на улице молодежных банд. Также, он проверял, хорошо ли помнит травматическое событие – может ли вспомнить лицо нападавшего. Прежний план был записан так: «Я должен следить, есть ли на улице группы подростков, чтобы чувствовать себя в безопасности. Я должен освежать свою память, чтобы не оказаться в опасной ситуации в будущем». Новый разработанный план был записан следующим образом: «Я должен запретить себе проверять окружение на наличие опасностей. Я должен оставить свою память в покое. Я должен фокусироваться на различных сигналах в окружении, например таких, которые говорят о безопасности».

Профилактика рецидива

Во время профилактики рецидива терапевт оценивает остаточные баллы по шкале PTSD-S, уделяя особое внимание частоте и продолжительности беспокойства/руминации, позитивным убеждениям о стратегиях, аттентивному

мониторингу угроз и избеганию. Остаточные повышенные значения этих измерений должны быть изучены и модифицированы, поскольку они являются потенциальными факторами, способствующими рецидиву.

Терапевт проверяет, не остались ли другие, слабо выраженные формы руминации или аналогичных персеверативных процессов, которые могли развиваться недавно или быть пропущены в ходе лечения.

На двух последних терапевтических сессиях терапевт и пациент совместно составляют «план терапии». Обычно пациента просят начать писать план дома, а на сессии он дополняется. План содержит пример концептуализации случая, примеры позитивных убеждений о беспокойстве/руминации и мониторинге угроз и факты, свидетельствующие об их непродуктивности. В нем перечисляются утверждения, оспаривающие негативные убеждения о симптомах (напр., «Я узнал, что мои симптомы являются частью естественного процесса выздоровления, а не признаком того, что я теряю рассудок»). Также сюда входит финальная версия сводной таблицы нового плана, в которой указаны новые стратегии обращения с распространенными триггерами CAS.

Поддерживающие терапевтические сессии проводятся через три и через шесть месяцев после окончания лечения для отслеживания успехов пациента и поддержания знаний и стратегий, которые он приобрел за время прохождения терапии.

План лечения ПТСР

Общий план проведения МКТ при ПТСР, состоящий из десяти сессий, представлен в приложении 16. Он представляет собой руководство, описывающее структуру и содержание сессий и должен применяться гибко, в зависимости от индивидуальной ситуации. План необходимо осуществлять с учетом стратегий, описанных в данной главе.

Глава 8.

Обсессивно-компульсивное расстройство

Отличительная черта обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) – это наличие навязчивостей (обсессий) и компульсий. *Навязчивости* – это интрузивные мысли, образы и импульсы, которые появляются против воли индивида и переживаются как нехарактерные и неприемлемые для собственного Я. Человек активно сопротивляется навязчивостям. Он понимает, что они – продукт его ума. Навязчивые мысли часто имеют сексуальное, религиозное и связанное с насилием содержание или возникают в виде сомнений и руминаций по поводу заражения. (*Обратите внимание:* руминации не всегда возникают против воли человека, не всегда он активно борется с ними или считает неприемлемыми. В метакогнитивной модели руминации являются частью стратегии индивида для обнаружения и предупреждения угрозы.)

Компульсии – это явные или скрытые виды повторяющегося поведения, выполняемые в ответ на навязчивости. Они призваны уменьшить дистресс или дискомфорт, или предупредить какое-то страшное для человека событие. Скрытые компульсии включают счет, молитву или особые виды размышлений, а открытые компульсии – мытье, наведение порядка и другие действия, повторяющиеся определенное количество раз. У пациентов могут быть конкретные правила или системы для проведения ритуалов. Диагностические критерии ОКР по DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) приведены в таблице 8.1.

Обзор МКТ: объектный уровень vs. мета-уровень

Применение МКТ при ОКР требует от терапевта активно поддерживать фокус пациента на мета-уровне, поскольку пациентам с ОКР это дается сложнее, чем пациентам с описанным ранее в этой книге видами расстройств. Некоторые пациенты ригидно придерживаются объектного уровня или объектного «режима». Например, пациент, боящийся заражения, как правило, убежден в том, что его проблема в том, что он

может заразиться (объектный режим), а не в его мыслях о возможном заражении (мета-режим).

Таблица 8.1. Диагностические критерии ОКР.

<u>Критерий А.</u> Наличие навязчивостей либо компульсий.
<u>Критерий В.</u> В какой-то момент при расстройстве человек осознает, что навязчивости или компульсии являются чрезмерными или необоснованными.
<u>Критерий С.</u> Навязчивости или компульсии обуславливают выраженный дистресс, занимают более одного часа в день или препятствуют нормальному функционированию.
<u>Критерий D.</u> При наличии другого расстройства по Оси I содержание навязчивостей или компульсий не ограничивается его симптоматикой
<u>Критерий Е.</u> Навязчивости и компульсии не обусловлены приемом психоактивных веществ или физическим заболеванием.

Примечание. Обобщено из American Psychiatric Association (2000).

МКТ фокусируется на убеждениях пациентов о внутренних переживаниях – преимущественно мыслях и чувствах – и не фокусируется на убеждениях относительно внешних областей.

Например, пациентка – женщина, 41 год, с навязчивыми страхами, касающимися загрязнения от фекалий. Лечение фокусировалось не на оспаривании убеждений о вероятности загрязнения и заражения, а на оспаривании ее убеждений о возникновении мысли о фекалиях.

Этот пример показывает, что необходимо перейти от работы на объектном уровне к работе на метакогнитивном уровне. Несколько дополнительных примеров случаев иллюстрируют этот фокус МКТ:

27-летний мужчина испытывал тревогу при ежедневных поездках на работу и с работы. По прибытии на работу или домой он много времени тратил на мытье рук – так много, что у него развился дерматит. Каждый день ему приходилось проходить мимо ряда старых гаражей, в которых, как он думал, мог быть рассыпан крысиный яд. Он был обеспокоен тем, что крысиный яд может попасть на него и причинить вред ему и остальным. Традиционный КПТ подход оспорил бы его убеждения о возможности заражения и его чувство ответственности. КПТ-терапевт использовал бы экспозицию и превенцию ритуалов для содействия габитуации и/или в качестве эксперимента, чтобы протестировать убеждение пациента о заражении других. Однако, в МКТ фокус делается на изменении отношения пациента к его мыслям о заражении и на оспаривании его убеждения о значении интрузии.

Типы вопросов, которые терапевт задает в сократовском диалоге, явственно показывают разницу между подходом, ориентированным на объектный уровень, и подходом, ориентированным на мета-уровень. В КПТ терапевт задает такие вопросы, как «Какие есть доказательства того, что в гараже рассыпан крысиный яд?» или «Какие есть доказательства того, что вы можете отравить других людей?»

Напротив, в МКТ терапевт спрашивает: «Проблема в том, что в гараже есть крысиный яд, или проблема в вашей мысли о том, что он там есть?» За первоначальным вопросом следуют другие вопросы, оспаривающие важность мысли: «Если вы думаете, что гараж загрязнен, означает ли это, что он непременно является таковым?». МКТ-лечение фокусировалось на том, как пациент относился к этим мыслям и как реагировал на них. В частности, он придерживался скрытых метакогнитивных убеждений: «Мысли – это факты, поэтому если я думаю, что что-то заразное, оно таковым является» и «Лучше беспокоиться о крысином яде, чем пойти на риск». Лечение фокусировалось на этих метакогнициях, касающихся важности мыслей.

36-летняя женщина сообщила, что страдает от сексуальных мыслей, связанных с животными. В этом случае роль убеждений о мыслях была очевидна с самого начала. Она пыталась подавить свои сексуальные мысли и избежать их, за счет романтических мыслей о своем бойфренде, но намеренно меняла их на сексуальные мысли о животных, чтобы проверить увлекается ли она «скотоложеством». Чтобы определить ее убеждения о мыслях, терапевт спрашивал в ходе МКТ: «Что эти мысли значат для вас?» Она была убеждена, что если ей в голову приходят такие мысли, значит, она «извращенка»

или станет таковой, если продолжит об этом думать. Поэтому МКТ-терапевту было необходимо изменить отношение пациентки к своим мыслям и оспорить ее убеждения о них (напр., доказать, что они не означают наличие у нее извращенных наклонностей и не обладают такой силой, чтобы сделать ее «извращенкой»).

44-летний мужчина страдал от того, что постоянно проверял свои действия. В частности, он постоянно проверял свою работу, чтобы быть уверенным в отсутствии ошибок, которые могли бы повредить репутации компании. Он также постоянно проверял свои поездки на автомобиле, чтобы убедиться, что не наехал на пешехода и не убил его. Чтобы перейти на метакогнитивный уровень, терапевт спросил: «Часто ли в результате проверки ваших действий вы находите ошибку?» Пациент ответ, что крайне редко. Тогда терапевт задал следующий вопрос: «Так проблема в том, что вы склонны совершать ошибки, или в том, что вы верите, будто мысль об ошибке или сомнение означают, что вы наверняка ошиблись?»

Два типа метакогнитивных изменений

Как мы узнали из предыдущих глав, мишенью МКТ являются два типа метакогнитивных изменений. Это: 1) то, как пациент относится к мыслям и как переживает их (напр., характер эмпирического осознания); и 2) какие убеждения питает пациент относительно мыслей. Эти два фактора коррелируют, но не совпадают.

В каждом из описанных выше примеров пациент переживает свои мысли, как слитые с реальностью, и реагирует на них дезадаптивным САС. На уровне убеждений о мыслях каждый пациент верит, что его мысли, побуждения или импульсы важны, значимы и обладают властью.

МКТ фокусируется на осваивании пациентами альтернативного способа переживания мыслей и модифицирует убеждения о значимости и важности мыслей и чувств. Также, лечение фокусируется на модификации убеждений о ритуалах и неадекватных внутренних критериев и стратегий, которые пациенты с ОКР используют для определения уровня угрозы в ситуациях.

На основе модели были созданы инновационные

терапевтические подходы, которые значительно отличаются от предыдущих подходов. Например, длительная или неоднократная экспозиция не является необходимой для того, чтобы произошли когнитивные и аффективные изменения. Экспозиция проводится метакогнитивно, как тест предсказаний, базирующихся на метакогнитивных убеждениях.

МКТ фокусируется на изменении стратегий, которые пациент использует для управления своим поведением и переработкой, перерабатывая субъективные планы действия и когниции. В ходе лечения оспариваются метакогнитивные убеждения о мыслях и то, как пациенты относятся к своим интрузивным мыслям. В последнем случае применяются новые техники, такие как ERC (exposure and response commission, «экспозиция и реагирование»). При ERC пациенты выполняют свои ритуалы таким образом, который позволяет им менять характер их отношения к мыслям.

Говоря конкретнее, пациенту разрешают выполнять ритуалы, но инструктируют все время держать в голове навязчивую мысль – это способствует применению ДМ и переходу в метакогнитивный режим переживания. Одновременно техника также может ослабить убеждения пациента о необходимости выполнения ритуалов. Более того, как будет показано далее, некоторые ритуалы, например проверка, могут быть использованы для того, чтобы недвусмысленно продемонстрировать пациенту несущественность мысли.

CAS при ОКР

При ОКР концептуальный компонент CAS проявляется, как беспокойство, руминация и аналитическое мышление в ответ на мысли или сомнения. Мониторинг угроз состоит из мониторинга определенных нежелательных мыслей или чувств или фокусирования внимания на вероятных угрожающих аспектах окружения (напр., возможных источниках заражения). Дезадаптивные копинг-стратегии, составляющие CAS при ОКР, - это подавление мыслей, открытая и скрытая нейтрализация и ритуальные виды поведения.

CAS представляет собой проблему, так как наращивает значимость мыслей и усиливает ощущение угрозы. Например,

мысль «Я заразился» становится более угрожающей, так как индивид анализирует все ситуации, в которых мог заразить остальных, и мониторит все потенциальные опасные источники заражения. Эти реакции замыкают индивида на слиянии мысли и материальных событий. Он не может отнестись к мысли просто как к идее в мозгу, которую можно «отпустить».

Когнитивная персеверация: руминация, беспокойство и скрытые ритуалы

Как правило, пациенты прибегают к беспокойству, руминации и скрытым ритуалам как к способу избежать угрозы или опасности. Эти процессы являются концептуальными компонентами CAS и определяются метакогнитивными убеждениями или правилами о мышлении и достижении конкретных эмоциональных состояний. Беспокойство, руминация и скрытые ритуалы – все это примеры копинг-реакций индивида, и они включаются в формулировку как «поведенческие реакции».

Рассмотрим эти формы персеверации на примере случая одной студентки колледжа, у которой была навязчивая идея о загрязнении учебников телесными жидкостями. Она постоянно беспокоилась о возможном заражении и была убеждена, что беспокойство об этом означает, что она будет осторожна и снизит риск. Прежде, чем сесть за учебу, она должна была спланировать день так, чтобы быть уверенной в том, что время учебы будет «чистым» и ему ничто не помешает, что оно не будет испорчено нечистыми мыслями или риском заражения. Одно только планирование дня в уме отнимало несколько часов. Во время учебы нельзя было пользоваться туалетом, так как потом пришлось бы долго мыть руки. Она была озабочена тем, чтобы ситуация была такой «как надо» для пользования книгами, иначе она испортит их и окажется запертой в «мертвом мире», где она постоянно находилась в состоянии «смятения», когда пыталась заниматься.

В этом случае персеверация состояла из беспокойства о заражении и планирования как способа избежать такого исхода дел. Правила и позитивные метакогнитивные убеждения пациентки о ритуалах заключались в том, что она не должна была иметь нечистых мыслей, а место, где она занималась, должно было быть таким, «как надо».

[Примечание. Ее негативные метакогнитивные убеждения заключались в том, что определенные (нечистые) мысли и чувства важны и обладают властью загнать ее в состояние постоянного смятения.]

Мониторинг угроз

Мониторинг угроз при ОКР является поведенческой копинг-стратегией индивида и может принимать различные формы. Например, это может быть мониторинг различных признаков заражения, мониторинг определенных «плохих» мыслей в потоке сознания, мониторинг конкретных эмоциональных состояний/чувств/ощущений, мониторинг симметрии/порядка и его отсутствия и мониторинг феноменов памяти.

Рассмотрим мониторинг памяти на примере случая женщины, которая постоянно проверяла свою память всякий раз, когда у нее возникала интрузивная мысль о том, что она зарезала детей ножом. Она пыталась вспомнить все, что делала с тех пор, как видела их в последний раз. Если пробелов в памяти не было, она спокойно продолжала заниматься повседневными делами. Однако, любые пропуски означали, что она могла убить их и ей требовалось увидеть детей, чтобы убедиться в обратном. В этом примере пациентка отслеживала пробелы в памяти в ответ на мысль как на признак наличия угрозы.

Виды поведения

Другие непродуктивные поведенческие копинг-стратегии при ОКР – это явные и скрытые ритуалы, направленные на уменьшение дискомфорта и предотвращения вреда. Скрытые реакции включают магические фразы, молитву, вызов «безопасных образов», вызов воспоминаний (мониторинг памяти (см. выше)), повторение слов, счет и так далее. Явные реакции часто включают мытье, проверку, упорядочивание, повторяющиеся действия, уборку, расставление предметов и избегание. Эти виды поведения приводят к негативным последствиям, потому что они:

1. Наделяют интрузивные мысли/чувства важностью, поддерживая убеждение в их могуществе, значении и значимости;

2. Мешают человеку упрочить метакогнитивный режим переживания, в котором мысли рассматриваются, как события в мозгу, которые приходят и уходят;
3. Опираются на неадекватные внутренние критерии, которые могут усугублять навязчивые мысли и персеверацию. Например, в последнем примере пациентка проверяла память на наличие пробелов, которые затем интерпретировались как доказательство того, что она могла убить своих детей. Пропуски в памяти не являются нормальным критерием для вынесения решения о том, что нечто было совершено; чем больше человек проверяет свою память, тем больше он распознает этих совершенно нормальных пропусков в памяти. Таким образом, критерии, применяемые для регулирования копинга и оценки угрозы, зачастую неадекватны и ведут к дальнейшим интрузиям и дистрессу.

Метакогнитивные убеждения

Две области метакогнитивных убеждений нашли отражение в модели и терапии ОКР: 1) метакогнитивные убеждения о значимости и важности мыслей и чувств; и 2) метакогнитивные убеждения о необходимости выполнения ритуалов.

Убеждения о мыслях и интрузиях

Метакогнитивные убеждения об интрузивных мыслях и/или чувствах получили название «фузионные убеждения» (fusion beliefs) (Wells, 1997); впервые термин был введен Ракменом (Rachman, 1993) для обозначения когнитивных искажений при ОКР. В метакогнитивной модели (Wells, 1997) описаны три общие сферы фузионных метаубеждений, но эти сферы не являются исчерпывающими.

1. *Слияние мысли/события* (thought–event fusion, TEF). TEF – это убеждение о том, что интрузивная мысль может вызвать определенное событие или убеждение о том, что наличие интрузивной мысли означает, что событие уже произошло. Например, если человек думает: «Не убил ли я кого-нибудь?», уже сама мысль ведет к убеждению, что он,

возможно, кого-то убил. Другой пример: человек убежден, что если перед его мысленным взором предстала картинка, где друг попадает в аварию, то это означает, что авария произойдет.

2. *Слияние мысли/действия* (thought–action fusion, TAF). TAF – это убеждение о том, что интрузивные мысли, чувства или импульсы обладают такой властью, что способны заставить человека совершать нежелательные и неприемлемые действия. Например, человек, ощутивший побуждение ударить кого-то ножом, интерпретирует эту мысль так, как если бы она вела к совершению этого неконтролируемого действия. А человек, подумавший о том, чтобы выкрикнуть непристойность в общественном месте, будет убежден, что эта мысль может привести к действию. Другая разновидность TAF – убеждение о том, что совершение действия, сопряженное с интрузивной мыслью, способно сделать эту мысль более реальной или более вероятной. Например, один пациент был убежден, что если у него возникнет мысленный образ убийцы, когда он сходит с тротуара, то это сделает мысль более осязаемой и способной подтолкнуть его на совершение убийства.
3. *Слияние мысли/объекта* (thought–object fusion, TOF). TOF – это убеждение о том, что мысли и чувства могут передаваться объектам, в результате чего мысли и чувства становятся более «реальными», способными причинить вред, становятся неизбежными и/или способными «осквернить» объекты. Пример: убеждение о том, что «чувство смятения» может передаваться учебникам, и, занимаясь с этими зараженными учебниками, от этого чувства не удастся избавиться никогда. Аналогичным образом, один пациент рассказывал о таком своем убеждении: мысль о педофиле во время бритья способна перенестись в бритву, так что в будущем использование этой бритвы повысит риск стать педофилом.

Эти убеждения могут казаться дикими, однако они представляют собой всего лишь гиперболизированную форму убеждений,

которых придерживаются многие люди. Например, люди носят амулеты, потому что считают, будто те способны их защитить. При проведении религиозных обрядов предметы благословляются, что наделяет их особой чистотой, силой или значимостью. Такое поведение свидетельствует о лежащих в его основе фузионных убеждениях. Аналогичным образом, большинство людей чувствуют себя некомфортно, когда желают вреда близкому человеку, и сопротивляются этой мысли, что является примером ТЕФ (напр., есть страх, что желание того, чтобы что-то случилось, каким-то образом способствует тому, что это произойдет на самом деле).

Убеждения о ритуалах (и беспокойстве/руминации)

Другая важная категория метакогнитивных убеждений связана с потребностью выполнять ритуалы и проводить нейтрализацию. Как правило, эти убеждения отражают важность контроля мыслей, импульсов и эмоциональных состояний, таких как возбуждение и тревога (напр.: «Я должен проверить, выключена ли плита; иначе не смогу избавиться от чувства дискомфорта»). К этим убеждениям относится потребность поддерживать себя в определенном физическом и ментальном состоянии – такие убеждения действуют, как правила саморегуляции (напр.: «Я должен поддерживать состояние душевного покоя, прежде чем примусь за работу, иначе я не смогу работать как следует» или «Я должен дисциплинировать ум, чтобы оставаться в безопасности»). Убеждения о ритуалах образуют план для управления копинг-реакциями. Цель плана в том, чтобы достичь желаемого состояния, действующего как стоп-сигнал для ритуала.

Стоп-сигналы

Поскольку значимость и опасность, присущие интрузивным мыслям, субъективно определяются метакогнициями и нет легко различимой объективной угрозы, индивид с ОКР сталкивается с необходимостью понять, безопасна ли ситуация, когда нет объективных доказательств, что она таковой является. Например, как понять, что руки помыты достаточно хорошо, если микробы невидимые?

В результате индивид слишком полагается на внутренние и неадекватные сигналы, которые являются стоп-критериями (стоп-сигналами) для явных и скрытых ритуалов. Например, человек, боящийся заразиться, заканчивает мыть руки, когда ему удалось 4 минуты подряд мыть руки без интрузивных чувств или мыслей о заражении (т.е. когда все сомнения устранены). Человек, боящийся, что совершил наезд на пешехода, проверяет свою память на наличие пробелов, поскольку пробел может означать, что в этот промежуток и произошел наезд. В этих случаях, если нет сомнений и пропусков в памяти, то нет и проблемы и ритуалы можно остановить. К сожалению, эти критерии сложно гарантированно выполнить, и они ведут к дальнейшим интрузиям (сомнениям и беспокойству о пробелах в памяти), которые поддерживают дистресс.

Метакогнитивная модель ОКР

Я показал в предыдущих разделах, как аспекты CAS и метакогнитивные убеждения проявляются при ОКР. В этом разделе мы изучим, какое место они занимают в метакогнитивной модели ОКР, образующей основу для концептуализации случая и лечения. Метакогнитивная модель (Wells, 1997) представлена на рис. 8.1.

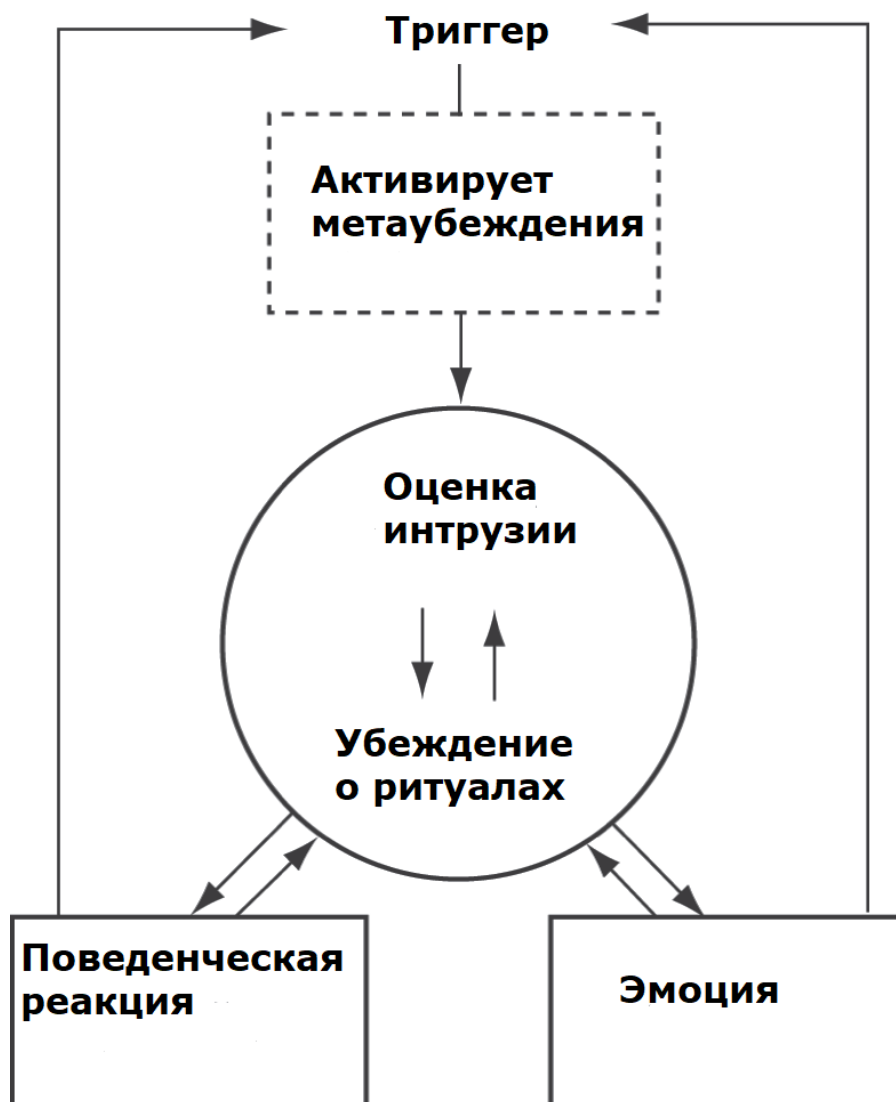


Рисунок 8.1. Метакогнитивная модель ОКР (Wells, 1997, с. 242). Copyright 1997 John Wiley & Sons Limited. Воспроизводится с разрешения.

В модели индивид с ОКР испытывает дистресс в ответ на триггер – обычно побуждение, мысль или чувство. Мысли включают сомнения или вопросы (напр., «Я причинил вред кому-нибудь?») и интрузивные образы (напр., образ нежелательного полового акта). Чувства включают эмоции и не ярко выраженные состояния напряжения или схожие симптомы. Побуждения включают импульсы выполнить нежелательные действия, например врезаться в чужую машину на большой скорости. Эти интрузии не выходят за рамки нормы. Навязчивости, по данным исследований, есть у большинства людей (напр., Rachman & DeSilva, 1979).

Интрузии активизируют метакогнитивные убеждения индивида об их значимости и важности. При ОКР эти убеждения ошибочны и наделяют интрузии избыточным негативным значением. Эти убеждения преимущественно имеют отношение к *слиянию*, при котором индивид считает, что конкретные внутренние переживания оказывают непосредственное влияние на внешний мир.

Речь идет, как правило, о ТЕФ (напр., «Мысль о наезде означает, что она на самом деле произошел»), ТАФ (напр., «Мысль о том, чтобы задушить ребенка, заставит меня это сделать») и ТОФ (напр., «Приходящие в голову плохие мысли и чувства испортят объекты и я никогда не смогу избавиться от этого опыта»).

Активизация этих дисфункциональных метакогнитивных убеждений ведет к негативной оценке интрузии как признака угрозы. Эта оценка, в свою очередь, ведет к интенсивным негативным эмоциям, в основном к тревоге, хотя могут возникать и другие эмоции, например чувство вины или гнев.

Изменение эмоционального состояния повышает возбуждение, а также вероятность того, что мысли и чувства будут назойливо вторгаться в сознание. Интенсивность и характер эмоциональной реакции зависят от убеждений человека о ритуалах и от его оценки их эффективности в обеспечении безопасности ситуации.

После негативной интерпретации интрузий активизируются убеждения о ритуалах и применяются ритуалы и стратегии нейтрализации в целях уменьшения угрозы.

Убеждения о ритуалах включают правила, касающиеся способов контролирования мыслей (напр.: «Я должен думать о Христе, тогда я буду в безопасности»), способов контролирования чувств (напр.: «Я должен быть спокойным и четко мыслить, иначе я совершу ошибку») и способов контролирования поведения (напр.: «Я должен мыть руки до тех пор, пока не исчезнут все сомнения»). В каждом из этих случаев ритуалы применяются в соответствии с конкретными внутренними правилами и критериями/стоп-сигналами. Таким образом, убеждения о ритуалах формируют метакогнитивный план для управления действиями и для оценки их успешности или неуспешности.

Эти правила, однако, не задают реальные или полезные стандарты для суждения о наличии угрозы. Кроме того, они сложны и субъективно сложны для выполнения. В дополнение к этому, они не позволяют пациенту легко переключиться в метакогнитивный режим и воспринять мысли просто как события в мозгу. Поэтому ощущение угрозы и негативные эмоции не исчезают. Например, у пациента с ритуалом мытья рук было следующее убеждение: «В этот раз я должен мыть руки дольше, чем в предыдущий, чтобы убедиться, что помыл их как следует». Это убеждение и правило, которое оно содержало, привели к тому, что на мытье отводилось все больше времени и, в конце концов, оно вытеснило почти все остальные повседневные активности и привело к депрессии. Метакогнитивное правило *«Больше, чтобы наверняка»* для управления реакциями особенно деструктивно и ведет к разрастанию скрытых и явных ритуалов.

Активизация убеждений или правил о ритуалах обуславливает выполнение скрытых и/или явных видов поведения. Эти виды поведения выполняют следующую функцию: уменьшают угрозу, уменьшают дистресс и контролируют определенные чувства. Явные виды поведения включают проверку, расставление по порядку, повторение действий, мытье, прикосновение к объектам, выполнение определенной последовательности действий, избегание и медлительность. Скрытые виды поведения включают произнесение про себя фраз или слов, подсчет, концентрацию, нейтрализующие или «безопасные» образы и попытки подавить или устранить определенные мысли из сознания. Эти виды поведения проблематичны, так как приводят к результатам, обратным желаемым, и ведут к повышенному восприятию или интрузии нежелательных мыслей. Например, пациент пытается определить, помогает ли ему копинг-реакция, отслеживая признаки наличия интрузивной мысли. Однако, самого мониторинга уже достаточно для возникновения нежелательной интрузии (напр., попытайтесь отследить спонтанное возникновение мысли о розовом тигре без того, чтобы эта мысль думалась прямо сейчас).

Дальнейшая проблема с применением этих видов поведения

заключается в том, что они не позволяют пациенту увидеть неточность и ненужность убеждений о интрузиях (напр., ТЕФ, ТАФ, ТОФ) и убеждений о необходимости выполнения ритуалов. Например: когда индивид вызывает в воображении позитивные образы в ответ на негативную интрузивную мысль, это мешает ему понять, что негативный образ не способен вызвать негативные последствия. Дело в том, что индивид считает, будто событие, наступления которого он боялся, не произошло благодаря использованию скрытой копинг-реакции, а не потому, что само убеждение о важности интрузии ошибочно.

Еще одна проблема с использованием копинг-реакций состоит в том, что индивид рискует приобрести широкий спектр ассоциаций между интрузией и ситуациями. Например, если индивид моется в ответ на мысль о заражении, то вся обстановка, связанная с ситуацией мытья, начинает напоминать ему об интрузивной мысли о заражении.

Наконец, последняя проблема с нейтрализацией заключается в том, что индивид постоянно действует, «как если бы» мысль была важной и значимой, и тем самым поддерживает объектный режим переработки и снижает гибкость осознания. Метакогнитивная модель и переживание собственной когниции становятся у человека все более ограниченными.

Пример формулировки случая, основанной на модели, представлен на рис. 8.2. В этом случае триггером были интрузивные мысли о совершении преступления.



Рисунок 8.2. Идиосинкразическая формулировка случая ОКР

Модель в действии

Проиллюстрируем модель и ее процессы на примере случая женщины, страдавшей от навязчивостей, связанных с заражением. Концептуализация случая представлена на рис. 8.3.

Ее дистресс постоянно вызывался на кухне собственного дома. Триггером служил взгляд на пол кухни и мысль «здесь быладохлаямышь». Иногда эта мысль была связана с воспоминанием

о том, как кошка когда-то принесла на кухнюдохлуюмышь.

Эта интрузивная мысль активизировала имплицитное метакогнитивное убеждение о том, что мысли о заражении важны и означают, что вещь заражена (TEF). В данном случае пациентка считала: «Мысль о том, что пол грязный и на нем зараза, означает, что это и в самом деле так». Хотя поначалу она не осознавала это имплицитное убеждение, когда терапевт его сформулировал, пациентка оценила свою убежденность в 70%.

После своей активизации убеждение приводило к негативным интерпретациям в плане наличия опасности, и пациентка беспокоилась о том, что может разнести микробов по дому и ее ребенок заболеет. Эта интерпретация повышала тревогу и вызывала чувства отвращения.

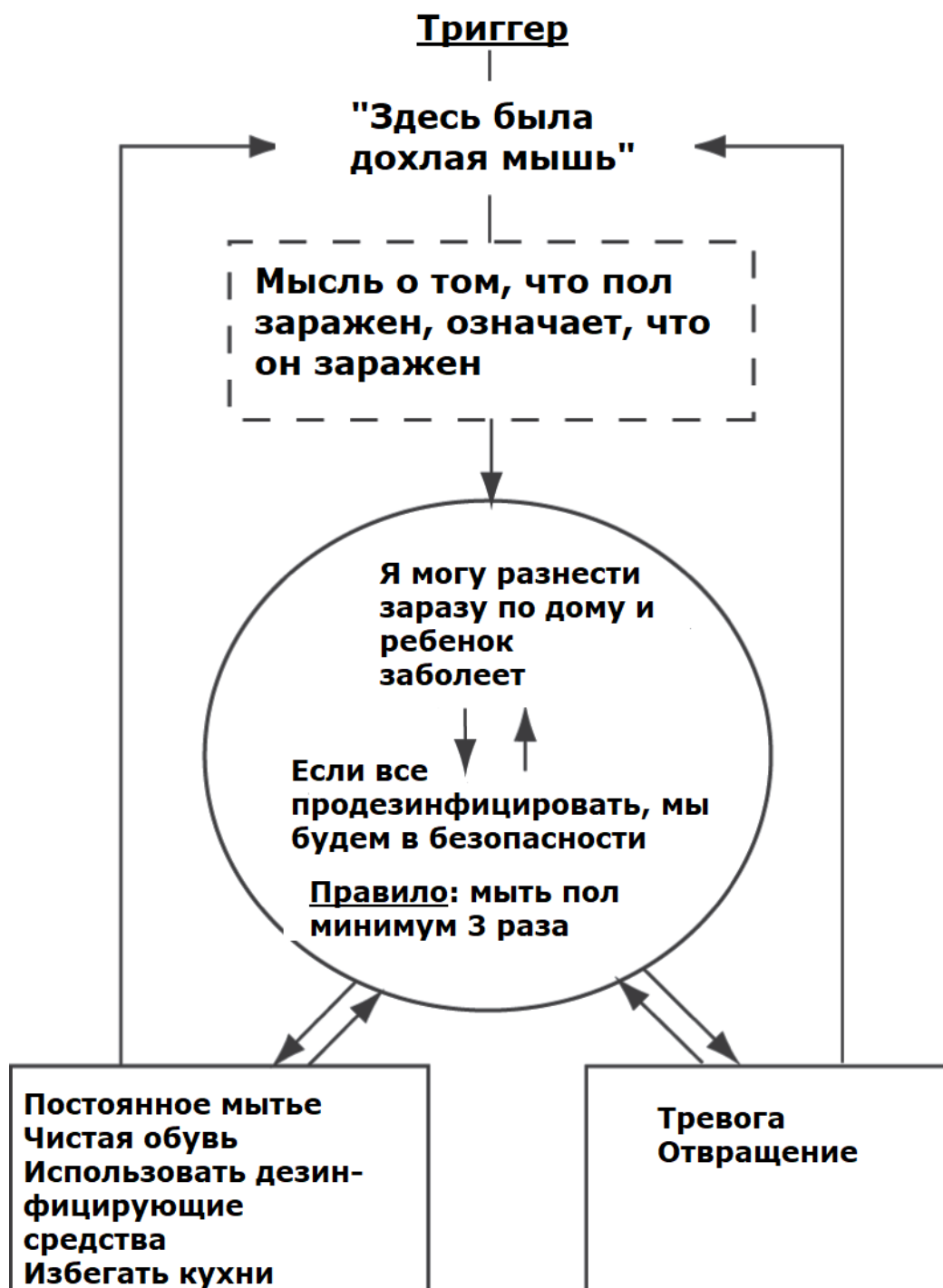


Рисунок 8.3. Формулировка навязчивостей, связанных с заражением, в случае ОКР

В связи с негативной интерпретацией активизировались убеждения о копинге. Это были убеждения о том, что постоянное мытье дезинфицирующими средствами избавит от опасности заражения. Но проблема пациентки заключалась в том, что в

отсутствие объективных критериев безопасности сложно определить, представляет ли ситуация все еще опасность или уже нет. В случае пациентки эта проблема решалась применением следующего правила: «Мыть пол минимум три раза». Третий раз был стоп-сигналом для ритуала.

Ее копинг-стратегии поддерживали постоянную мысль о заражении и подпитывали интрузию. Они связывали интрузию с другими стимулами, такими как швабра и ведро, которые затем тоже стали триггерами для интрузии. Ее чувства и отвращение опять приводили к оценке угрозы, поскольку сами симптомы неверно интерпретировались как доказательство наличия заражения. Кроме того, ее поведенческие копинг-стратегии поддерживали убеждения о ритуалах и оценках важности интрузий, не позволяя увидеть их ошибочность.

Структура лечения

Терапевтические сессии, как правило, проводятся на еженедельной основе. Обычно достаточно 12 сессий, хотя может потребоваться и больше, так как ОКР реализуется в контексте перфекционистских личностных черт. Длительность терапевтической сессии составляет 45–60 минут. Одной из первых важных задач терапии является переключение пациента с объектного режима на метакогнитивный режим переработки. Задача достигается посредством социализации и интенсивного применения ДМ и аналогичных стратегий, таких как ERC. Стадии лечения следующие:

1. Концептуализация случая;
2. Социализация;
3. Тренировка отстраненной осознанности (и переключение на метакогнитивный режим);
4. Модификация метакогнитивных (фузионных) убеждений об интрузиях;
5. Модификация убеждений о ритуалах и стоп-сигналах;
6. Поддержка новых планов для переработки;
7. Профилактика рецидива.

Концептуализация случая

Оценка

Для этой стадии нужны следующие инструменты:

1. Опросник обсессивно-компульсивного расстройства (OCD-S);
2. Интервью для формулировки случая ОКР;
3. Опросники для сессии.

Как правило, терапевт просит заполнить опросник OCD-S, чтобы составить впечатление о метакогнитивных убеждениях и видах поведения пациента, которые необходимо проанализировать и включить в формулировку случая. Опросник OCD-S приведен в приложении 9. Другие оценочные шкалы, которые можно заполнить до начала сессий, - это BAI (Beck et al., 1988), BDI-II (Beck et al., 1996) и специфичные для ОКР опросники, например Обсессивно-компульсивная шкала Йеля — Брауна (Y-BOCS; Goodman, Price, Ramussen, Mazure, Fleischmann, et al., 1989), Моудслейский обсессивно-компульсивный опросник (Maudsley Obsessive–Compulsive Inventory (Hodgson & Rachman, 1977)) и Падуанский опросник (Padua Inventory (Sanavio, 1988)). Для более подробной оценки метакогнитивных убеждений применяется Тест слияния мыслей (Thought Fusion Instrument) (TFI; Wells, Gwilliam, & Cartwright-Hatton; см. приложение 3).

План первой сессии

План первой сессии должен отражать цели – составление формулировки случая, повышение информированности пациента о факторах, поддерживающих расстройство и применение первых стратегий метакогнитивной терапии. Первая терапевтическая стратегия – это отстраненная осознанность, как новый способ отношения к навязчивым мыслям и интрузиям. Во вступлении к первой сессии терапевт говорит следующее:

«На сегодняшней сессии я бы хотел проанализировать последний эпизод, когда у вас были интрузивные мысли и/или вы были вынуждены выполнить ритуал. Таким образом мы сможем обнаружить факторы, которые поддерживают ваши симптомы и начнем изучать способы преодоления вашей проблемы. Также я

расскажу вам о том, что представляет собой метакогнитивная терапия, и чего вам ожидать от лечения. Если останется время, я познакомлю вас с новым способом, к которому вы можете прибегать, когда возникают навязчивые мысли и чувства. Есть ли какие-то темы, которые вы хотели бы обсудить сегодня?

Генерирование концептуализации случая

Далее терапевт генерирует идиосинкразическую версию метакогнитивной модели, которая представляет реакции пациента на последнюю интрузивную мысль, импульс или чувство.

Один из самых эффективных способов сгенерировать формулировку случая – это задавать вопросы в определенной последовательности, как в Интервью для формулировки случая ОКР (см. приложение 13).

Сначала задается вопрос о последнем случае, когда возникла навязчивая мысль или импульс либо нейтрализация. Затем следует вопрос об эмоциях, сопровождавших этот триггер, а затем вопрос об оценке интрузии и убеждения насчет нее. В заключение, терапевт спрашивает о характере поведенческих реакций и об убеждениях, требующих выполнения этих реакций. Для большей ясности эти этапы подробно описаны ниже.

Этап 1. Выявление интрузии-триггера

Терапевт начинает с идентификации интрузии в сознании, связанной с аффектом и/или побуждением к нейтрализации:

«Вы можете припомнить последний раз, когда у вас была интрузивная мысль или эмоция, вызвавшая стрессовое переживание? [Если нет: «Вы можете вспомнить, когда в последний раз вы повторяли какие-то действия или поступали особым образом?】 Когда это было? Какое внутреннее событие запустило эту эмоцию или это поведение? Это была мысль, чувство или побуждение?

Этап 2. Выявление эмоции

На следующем этапе пути изучения (зачастую неявных) мета-оценок интрузий терапевт спрашивает об эмоциональных реакциях и дистрессе:

«Когда у вас была та первая мысль или то первое чувство, запустившее реакции, какие эмоции вы испытывали? Например, вы чувствовали тревогу, были напуганы, чувствовали вину или отвращение?»

Этап 3. Выявление оценки интрузии

После того как эмоция или дискомфорт были идентифицированы, терапевт расспрашивает пациента об оценке интрузии, связанной с эмоцией. Терапевт задает следующие вопросы:

«Похоже, что эта мысль/это чувство означали что-то негативное. Что они значили?» («Насколько вы убеждены в том, что мысль означает, что [вставить здесь убеждение пациента]?»

«Что самое плохое могло случиться, если бы эта вторгнувшаяся в сознание мысль (или чувство) осталась там?»

«По всей видимости, эта мысль важна для вас. Что в ней важного?»

«Что самое плохое могло случиться, если бы вы продолжили думать об этом?»

«Что эта мысль говорит о вас, как о человеке?»

«Есть ли у этой мысли особенное значение?»

«То, что такая мысль приходит вам в голову, - вредно или опасно? Каким образом?»

«Думаете ли вы о чем-то еще, кроме этого, когда вам тревожно?»

«Чувствовали ли вы опасность или угрозу?»

Этап 4. Определение метакогнитивного убеждения об интрузии

После того, как оценка была установлена, терапевт определяет метакогнитивное убеждение об интрузии. Обычно терапевт перефразирует оценку, чтобы зафиксировать общее убеждение об интрузии:

«Вы убеждены в том, что эти мысли что-то значат?»

«По всей видимости, вы думаете, что эти интрузии важны и значимы. В частности, складывается впечатление, будто вы убеждены в том, что [вставить ТЕФ, ТАФ или ТОФ], хотя можете этого не осознавать. Насколько вы убеждены в этом?»

Этап 5. Выявление характера ритуалов/нейтрализации

Далее терапевт определяет характер скрытой и явной

нейтрализации и реакций в ответ на интрузию:

«Предпринимаете ли вы что-нибудь, чтобы предотвратить [негативный исход]?»

«Когда вы об этом подумали, что вы сделали, чтобы предотвратить [негативный исход]?»

Направляющие вопросы полезны для определения масштаба поведенческих реакций. Например:

«Повторяете ли вы какие-то действия, выполняете ли действия особым образом или избегаете ситуаций?»

«Пытались ли вы контролировать свои мысли, и если да, то как именно?»

«Как часто вы это делаете и сколько времени это занимает?»

Этап 6. Выявление убеждений о ритуалах и стоп-сигналах

В заключение, терапевт определяет природу убеждений о ритуалах и нейтрализующих реакциях, задавая пациенту следующий вопрос:

«Какие преимущества у того, что вы реагируете подобным образом? Что самое плохое могло случиться, если бы вы этого не делали?»

Важная часть убеждений о ритуалах, вносящая свой вклад в формирование плана для управления действиями, - это стоп-сигнал. Терапевт определяет характер стоп-сигнала, задавая такой вопрос:

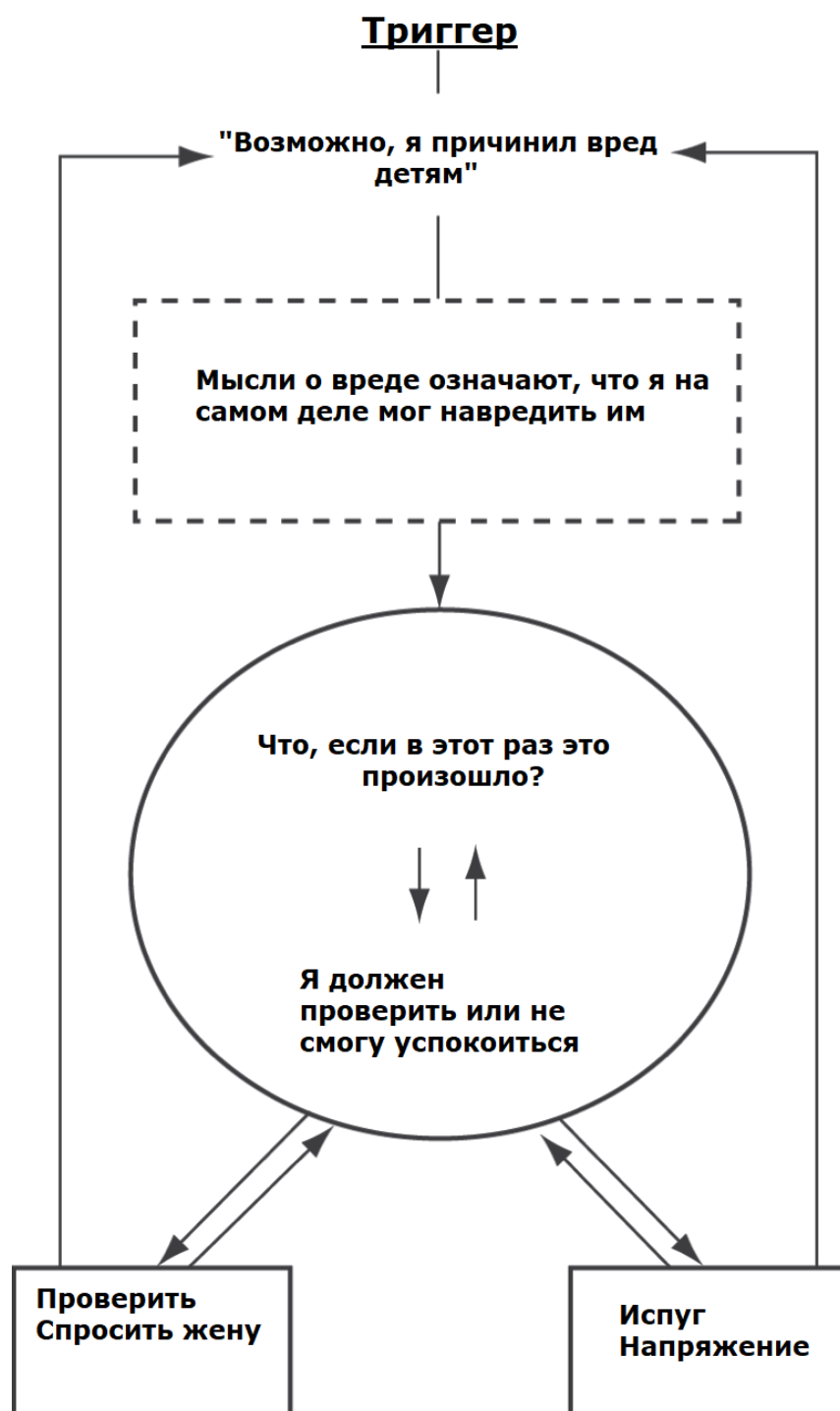
«Как вы понимаете, что пора остановиться [напр., проверять, мыть, нейтрализовывать, повторять]?»

«Как вы узнаете, что можно перестать выполнять ритуал, потому что ситуация стала безопасной?»

«Какую цель вы преследуете, выполняя ритуал, и как вы решаете, успешно он выполнен или нет?»

«Есть ли у вас особое правило, которым вы руководствуетесь при определении длительности проведения ритуала?»

Диалог, иллюстрирующий применение этих вопросов, приведен далее. Концептуализация случая, составленная на его основе, представлена на рис. 8.4.



ТЕРАПЕВТ (Т.): Когда в последний раз вы пережили интрузивное чувство или вам пришла в голову интрузивная мысль, вызывавшие стрессовое переживание?

ПАЦИЕНТ (П.): Этим утром. Я беспокоился о детях.

Т.: Какой была первая потревожившая вас мысль о них?

П.: Я их не слышал и подумал, а вдруг я причинил им вред.

Т.: Эта была вербальная мысль или образ?

П.: Вербальная мысль.

Т.: Какие эмоции вы испытали, когда эта мысль пришла вам в голову?

П.: Я был испуган и напряжен.

Т.: Похоже, что эта мысль что-то для вас значит. Что она означает?

П.: Ну, ужасно, если все так и случилось.

Т.: То есть, само наличие мысли означает, что, возможно, все так и случилось.

П.: Да. Сама мысль означает, что так, возможно, и произошло.

Т.: Насколько вы убеждены в том, что мысль о возможном вреде, причиненном детям, означает, что вы навредили им на самом деле, по шкале от 0 до 100%?

П.: 60%.

Т.: О чем вы беспокоились после того, как эта мысль пришла вам в голову?

П.: Я подумал: «А что если на этот раз это случилось?»

Т.: Как вы отреагировали на эту мысль?

П.: Я пошел посмотреть, все ли с ними в порядке.

Т.: Что-нибудь еще вы делаете?

П.: Да, прошу жену проверить вместо меня.

Т.: Сколько раз вы проверяете, в порядке ли дети?

П.: Мне приходится проверить несколько раз, прежде чем я буду уверен. Обычно четыре-пять раз.

Т.: Как вы понимаете, что дальше можно не проверять?

П.: Когда я уверен, что с ними все в порядке.

Т.: Откуда вы знаете, что они в порядке?

П.: Думаю, когда я выхожу от них в очередной раз и больше в

голову не приходит мыслей, таких например, как образ удушения их подушкой.

Т.: Что случится, если вы не проверите?

П.: Я не смогу успокоиться.

Т.: Похоже, у вас такое убеждение: «Я должен проверить или не смогу успокоиться». Так?

П.: Да. Меня одолевает тревога.

Социализация

После формулировки случая наступает время для социализации. Цель социализации – донести идею, что главной проблемой является не возникновение навязчивых мыслей/сомнений/чувств, а приписываемое им значение и следующие за ними реакции.

На этой стадии терапевту полезно объяснить, что навязчивые мысли – это естественные явления и бывают примерно у 80% людей. Терапевт подчеркивает, что за ОКР несут ответственность не сами мысли, а убеждения пациента насчет этих мыслей и то, как он к ним относится. Из этого следует, - продолжает объяснять терапевт, - что изменение убеждений о мыслях и чувствах и изменение способа отношения к этим внутренним событиям может устранить проблему.

Роль убеждений и поведенческих реакций, ведущих к рекуррентным и частым симптомам, объясняется с опорой на идиосинкразическую формулировку случая. Например, терапевт говорит:

«Глядя на формулировку вашего случая, мы видим, что в связи с этим у вас возникла интрузивная мысль или сомнение. Складывается впечатление, что вы отнеслись к этой мысли особым образом. Вы действовали, как будто она была правдой, просто на том основании, что вы об этом подумали. Это произошло потому, что вы убеждены [напр., в том, что присутствие мысли говорит о том, что что-то случилось]. Если бы вы больше не считали, что ваши навязчивые мысли важны и значимы, насколько тревожно вам бы было?»

«Итак, вы видите, что ваше мнение о навязчивых мыслях влияет на то, что вы чувствуете. Есть ли какие-то изменения в частоте мыслей или значимости, которую вы им придаете, когда ваша тревога усиливается? Таким образом, вы видите, что один из порочных

циклов, поддерживающих вашу проблему, связан с вашими убеждениями о мыслях, ведущих к тревоге, из-за которой опасность кажется более реальной».

«Есть и еще один порочный цикл. Что происходит, когда вы пытаетесь избавиться от мысли или перестать тревожиться? Вам это удастся? Стратегии совладания могут вызывать проблемы. Например, если пытаться не думать о чем-то, мысль об этом может возникать чаще. В доказательство этого мы через несколько минут проведем небольшой тест. С поведенческими реакциями есть и другие проблемы. Некоторые из них, например, проверка, могут снижать вашу уверенность. Избегание ситуаций, в которых могут возникнуть мысли, может породить ряд ассоциаций, в результате чего ситуация вызовет в будущем эту мысль с большей вероятностью. Проверка или нейтрализация мешают вам увидеть, что это просто мысли, не дают исчезнуть убеждению о них. Каждый раз вы действуете так, будто мысль важна и значима. В результате вы не можете воспользоваться альтернативными и лучшими способами отношения к своим внутренним переживаниям».

Обсуждая последствия поведенческих копинг-стратегий, терапевт помогает пациенту увидеть, как его актуальный стиль реагирования поддерживает тревогу, не давая определенным мыслям потерять в важности и значимости.

Проиллюстрировать непродуктивный характер ритуалов и ошибочный характер убеждений терапевт может с помощью такого вопроса: «Если ваши ритуалы/стратегии помогают, почему проблема с ОКР сохраняется?»

Другой аналогичный ряд полезных вопросов: «Сколько раз вы проверяли, с тех пор как у вас появилась эта проблема?», «Сколько раз проверка показала, что ваши мысли/сомнения были правильными?», «Почему вы до сих пор не подумали, что ваши навязчивые мысли/сомнения можно просто проигнорировать?»

Социализация обычно состоит из поведенческих экспериментов, демонстрирующих непродуктивные эффекты поведенческих копинг-стратегий. Два полезных эксперимента – это подавление мыслей и мониторинг мыслей. В первом случае пациента просят попытаться подавить мысль, например мысль о белом кролике, чтобы он понял, насколько редко это удается.

При мониторинге мыслей пациента просят отслеживать поток

мыслей в течение одной минуты, затем предположить, что конкретная мысль, например мысль о синем слоне, вредна и отслеживать поток сознания на предмет наличия подобных мыслей. Затем пациента опять просят отслеживать поток мыслей в течение минуты, и терапевт спрашивает, сколько было мыслей о синем слоне. Таким образом можно показать, как мониторинг конкретных мыслей способен увеличивать их количество.

Представление цели терапии

Мы узнали, как терапевт объясняет устойчивое присутствие и нарастание симптомов, опираясь на формулировку случая. Следующее, что необходимо сделать, - это представить обзор и обоснование метакогнитивной терапии, которые образуют переход от формулировки к тренировке новых способов отношения к навязчивым мыслям.

Процесс тренировки альтернативных способов отношения к мыслям позднее будет состоять из применения отстраненной осознанности, модификации связанных со слиянием метакогнитивных убеждений и убеждений о необходимости выполнения ритуалов. До этого терапевт представляет общие цели МКТ:

«Если мы изучим формулировку вашего случая, то увидим, что ядро вашей проблемы составляют два важных фактора. Первый – это имплицитные убеждения, которые у вас есть об интрузивных мыслях; а второй – убеждения о том, что необходимо действовать в ответ на них. Эти убеждения ведут к тому, что вы относитесь к своим навязчивым мыслям, как к чему-то очень важному. Вообще же, вы больше не относитесь к ним, как к мыслям; они слились с реальностью. Если бы вы могли посмотреть на них, просто как на мысли, не имеющие особого значения, были бы они настолько большой проблемой? Цель лечения – вернуть мысли на подходящее им место и рассматривать их, как неважные и временные события в вашем мозгу».

Вовлечение: нормализация и дестигматизация

Важно, чтобы терапевт уделил надлежащее внимание активному участию пациента в терапевтическом процессе. Из-за своего содержания некоторые навязчивости имеют постыдное или смущающее содержание и раскрытие их характера может

считаться угрожающим. В начале терапевту полезно декатастрофизировать и нормализовать природу навязчивостей и их раскрытия следующим образом:

«Навязчивости – это обычно странные мысли, например мысли о причинении вреда детям или о половом акте с животными или образы насильственного или сексуального характера. Вы не должны беспокоиться из-за обсуждения природы ваших навязчивостей, неважно, насколько неприемлемыми они вам кажутся. То, что навязчивые мысли, именно таковы – факт, и вы ничем меня не удивите. Вы должны знать, что у большинства людей бывают навязчивые мысли и их содержание весьма разнообразно».

Отстраненная осознанность

Первый шаг в метакогнитивной модификации ОКР – это тренировка DM. Она поможет пациенту научиться относиться к интрузивным мыслям альтернативными и более адаптационными способами и усилит метакогнитивный режим переработки. В лечении ОКР выделяют четыре компонента, которые рассмотрены далее.

Осознание

Сначала терапевт помогает пациенту идентифицировать случаи навязчивых мыслей. Пациенты различаются по уровню осознания первоначальной мысли, чувства, сомнения или импульса, что связано с тем, как проявляются навязчивости. Например, некоторые пациенты не идентифицируют сомнение (напр.: «Я навредил кому-нибудь?») как пример навязчивой мысли. Чтобы повысить осознание, терапевт рассматривает несколько последних эпизодов нейтрализации и дистресса и изучает конкретные интрузии (мысли или чувства), которые возникли. Терапевт помогает пациенту идентифицировать эту мысль или чувство как триггер, к которому необходимо применить DM. Пациента инструктируют осознать этот триггер в будущем.

Отстраненная осознанность

Применяются стратегии для достижения DM (см. главу 5). Сначала пациент учится применять технику к нейтральной мысли, и только затем – к навязчивой мысли. Например, терапевт

использует свободные ассоциации и объясняет задание следующим образом:

«Я хотел, чтобы вы получили опыт отстраненного наблюдения за своими мыслями, без необходимости вовлекаться в них. Мы называем такую технику отстраненной осознанностью. Сейчас я буду медленно произносить слова и хочу, чтобы вы наблюдали за своими мыслями, не пытаясь на них повлиять. Возможно, вам ничего не придет в голову, или же это будут образы или воспоминания. Я хочу, чтобы вы наблюдали за происходящим в мозгу отстраненно, никак не реагируя на происходящее. Устраивайтесь поудобнее и попробуйте выполнить упражнение с открытыми глазами. Давайте начнем: дерево... синий... велосипед... день рождения... шоколад... море... апельсиновый сок... друг. Удалось ли вам понаблюдать за мыслями отстраненно, не пытаясь влиять на них?»

Может потребоваться видоизменить и повторить процедуру. Когда упражнение выполнено успешно, можно переходить к применению ДМ к навязчивой мысли:

«Давайте попробуем применить отстраненную осознанность к навязчивой мысли. Вспомните, какая мысль вызывает у вас умеренный дискомфорт? Я попрошу вас позволить мыслям течь свободно. Разрешайте всем мыслям приходить в голову, даже навязчивой мысли. Ничего не предпринимайте, просто наблюдайте отстраненно за мыслями, позвольте навязчивой мысли быть, но оставайтесь в стороне от нее. Она может измениться, но ничего не делайте для того, чтобы она изменилась. Возможно, ничего не произойдет, это не важно, просто отстраненно наблюдайте. Вы – наблюдатель своих мыслей, они отделены от вас, мысль – просто событие в вашем мозгу».

На этом шаге переживание ДМ интенсифицируется – пациент достигает большего осознания отделения чувства Я от интрузивной мысли. Сначала технику ДМ лучше практиковать с нейтральной мыслью, а затем уже с интрузивной. Это происходит примерно следующим образом:

«Закройте глаза и подумайте о яблоке. Я хочу, чтобы вы, держа эту мысль в голове, мысленно сделали шаг назад от нее, но продолжали ее думать. Как будто вы отодвигаетесь от нее. Теперь сосредоточьтесь на том, где вы по отношению к яблоку. Обратите внимание, что вы отделились от мысли: яблоко – это просто событие в вашем мозгу, но оно не является частью вас».

«Теперь попробуем то же самое с навязчивой мыслью. Закройте глаза и позвольте вашей навязчивой мысли появиться. Не теряя мысль из виду, сделайте шаг назад от нее. Теперь сосредоточьтесь на том, где вы по отношению к мысли. Обратите внимание, как чувство Я отделено от мысли. Навязчивая мысль – просто событие в вашем мозгу, она не является важной частью вас».

DM, как правило, при ОКР применяется интенсивнее, чем при других расстройствах, описанных в этой книге. Несколько сессий отводятся на обучение пациента применению техники DM к интрузиям.

Экспозиция и реагирование

Следующий шаг – помочь пациенту увидеть, как он в норме реагирует на навязчивые мысли явными и скрытыми ритуалами, нацеленными на избавление от мыслей или минимизацию угрозы. Эти ритуалы, между тем, просто придают мыслям важность и фиксируют пациента в объектном режиме. Терапевт предлагает пациенту не избавляться от мыслей, а дистанцироваться от них и обнаружить, что они являются незначимыми событиями в мозгу. Один из способов сделать это – продолжать выполнять ритуалы, одновременно сохраняя интрузию. Эта техника называется «экспозиция и реагирование» (ERC).

Терапевт представляет идею об активном выполнении ритуалов при одновременном сохранении интрузивных мыслей. Этого можно достичь, визуализируя мысль в виде образа или повторяя ее про себя, если она вербальная. Например, пациентка с навязчивой мыслью о дьяволе, выполняла ритуал произнесения молитвы, когда прибиралась в доме. Терапевт попросил ее постоянно держать в голове мысль о дьяволе во время произнесения молитвы. Аналогичным образом, пациент со страхом заражения мыл и сушил руки до тех пор, пока ему не удавалось проделать эту процедуру без мыслей о заражении. Терапевт попросил его повторять про себя «Я заражен микробами» все время, пока он моет руки.

В ERC пациенту разрешается выполнять ритуалы, но их назначение изменяется. Они используются не для избавления от

мыслей или минимизации опасности, а исключительно в сочетании с поддержанием осознания навязчивых мыслей. Фактически, правила меняются таким образом, что навязчивая мысль должна осознаваться в течение всего ритуала. Эта активность способствует отстранению от мысли и усиливает переживание интрузии на мета-уровне.

Метакогнитивная экспозиция и предотвращение ритуалов

Экспозиция и предотвращение ритуалов (Exposure and ritual prevention; ERP) – это традиционный когнитивно-поведенческий терапевтический подход при ОКР. Как правило, он заключается в длительной конфронтации с пугающими стимулами или мыслями и предотвращении любых ритуалов как способе содействия габитуации. Мы выше видели, что, напротив, в МКТ ритуалы разрешены и могут быть использованы в терапевтических целях. Однако, в МКТ также используется ERP, но она представлена двумя способами: как средство уменьшения CAS, обуславливающего переоценку пациентом угрозы, и как поведенческий эксперимент, оспаривающий метакогнитивные убеждения в областях TEF, TAF и TOF. Таким образом, экспозиция не носит такого длительного характера, как в традиционной КПТ, так как в этом нет необходимости.

Реагирование с целью изменить угрозу или выкинуть из головы мысль с помощью нейтрализующих реакций является частью CAS и препятствует оспариванию убеждений о значимости мыслей. Поэтому такие реакции должны быть взяты под контроль. Это достигается откладыванием на потом любой нейтрализующей или концептуальной переработки (напр., беспокойства/руминации) или отказом от нее в контексте поведенческого эксперимента.

Терапевт должен провести подробное исследование явных и скрытых реакций. Затем терапевт предлагает пациенту отложить все эти реакции, следующие за навязчивостью, на потом и вместо них применить DM. Нейтрализующие реакции должны быть отложены на как можно более долгий срок (дифференцированный подход может быть применен по необходимости для фасилитации согласия), предпочтительно до

десятиминутного периода в конце каждого дня, отведенного на выполнение ритуала. Терапевт должен подчеркнуть, что использование этого периода не является обязательным и что пациентам он часто бывает не нужен.

Предотвращение ритуалов может быть рассмотрено в МКТ, как устранение CAS, поскольку ритуалы представляют собой дезадаптивные поведенческие копинг-стратегии. В МКТ предотвращение распространяется и на изучение используемых пациентом концептуальных процессов и мониторинга угроз, на которые также налагается запрет. Устранение CAS – это способ уменьшения переоценки пациентом угрозы. Например, пациентка со страхом заражения микробами в области ягодиц не разрешала мужу прикасаться к этой части тела, чрезмерно много времени уделяла мытью после посещения туалета и протирала все ручки и краны, к которым могла прикоснуться. Терапевт обнаружил, что навязчивой мыслью, запускавшей избегание и процедуру уборки, была мысль «Мои ягодицы заражены вызывающими болезни микробами». Терапевт с пациенткой обсудили, что, возможно, так же считают многие люди, но у большинства из них эта мысль не порождает чрезмерной тревоги. Терапевт спросил пациентку, как она реагирует на мысль и делает ее такой важной. Пациентка объяснила, что всегда уделяет ей внимание и пытается проанализировать, могла ли она стать переносчиком заразы (обратите внимание, что это реакция беспокойства/руминации и часть CAS). Это привело к обсуждению того, ведут ли анализ и размышления о возможном заражении к реалистичному или преувеличенному ощущению угрозы. Пациентка осознала, что мытье, избегание и анализ в ответ на мысль о заражении приводили к переоценке угрозы в ситуации. Чтобы доказать, что эта ситуация не представляет или почти не представляет угрозы, терапевт попросил ее в ответ на интрузию меньше мыть руки, отказаться от вытирания ручек и кранов и перестать анализировать, где она могла разнести вредные микробы. Это было оформлено как тест того, приведет ли воздержание от этих реакций к болезни в семье в течение трехдневного периода. Если не приведет, значит, пациентка может проигнорировать свою интрузивную мысль.

Когда ERP используется, как поведенческий эксперимент, пациента просят сделать предсказание, основанное на метакогнитивных убеждениях о мыслях, и протестировать это предсказание, вызвав навязчивую мысль и воздержавшись от нейтрализующих реакций. Например, пациентку беспокоили мысли гомосексуального содержания, поскольку она была убеждена, что эти мысли превратят ее в лесбиянку (TEF). Чтобы предотвратить эту смену ориентации пациентка реагировала на «лесбийские мысли», представляя, как целует своего бойфренда и пытаясь удержать в голове четкий образ их поцелуя. Терапевт с пациенткой разработали эксперимент, в котором пациентка в ответ на лесбийские мысли пыталась сохранять образ поцелуя с женщиной, чтобы посмотреть, станет ли бойфренд менее привлекательным для нее.

Повышение согласия при проведении ERP и ERC

Отказ от ритуалов или их откладывание на потом эквивалентны для большинства пациентов отказу от страховочного троса. Поэтому идея отказаться от ритуалов нередко встречает сопротивление. Сопротивление можно уменьшить за счет представления четкого обоснования этих стратегий, такого как объяснения того, как эти реакции ошибочно наделяют мысли значимостью и выделяют их среди прочих. Прежде всего терапевт должен разобраться с сопротивлением, заново рассмотрев с пациентом формулировку и обсудив роль поведения в поддержании проблемы.

Далее бывает полезно провести анализ недостатков и преимуществ изменения ритуалов. Часто встречающиеся недостатки и преимущества перечислены в таблице 8.1., в качестве вспомогательных материалов для размышления об этом процессе.

Согласие пациента на выполнение домашних заданий достигается за счет тренировки желаемого поведения на терапевтической сессии. Например, можно попросить пациента вызвать навязчивую мысль и активно выполнять ритуал, одновременно удерживая мысль в сознании (ERC). За этим шагом может следовать второй: пациент разрешает мысли

появиться и откладывает нейтрализующую реакцию на назначенный трехминутный период, который начинается и заканчивается по сигналу терапевта.

Таблица 8.2. Преимущества и недостатки изменения ритуального поведения при ОКР

«Каковы недостатки изменения моих ритуалов?»	«Каковы преимущества изменения моих ритуалов?»
«Сложно осуществить изменение».	«Я смогу понять, действительно ли это сложно и как сделать это проще».
«Это вызовет у меня стресс».	«Я увижу, что этот стресс – временный».
«Если я не буду их выполнять, это может кому-нибудь навредить».	«Я увижу, что мои убеждения о вреде неверны».
«Я никогда не избавлюсь от мыслей».	«Я пойму, что нет необходимости избавляться от мыслей и что они не всегда вызывают стресс».
«Случится что-то плохое».	«Я увижу, что ничего не случится и что все мысли безопасны».
«Я стану кем-то, кем не хочу быть».	«Я пойму, что мысли не могут поменять мою личность – у них нет такой силы».
	<u>Результат: («Почему я должен поменять свои ритуалы»).</u>
	«Мой страх, связанный с мыслями, будет устранен».

На идею добровольно вызывать навязчивую мысль пациент может отреагировать тревогой и сопротивлением. В этом случае терапевт должен сделать упор на цели «научиться относиться к

мыслям как к безобидным явлениям, а не как к событиям, имеющим огромное значение». В отдельных случаях может потребоваться вербальное оспаривание убеждений о важности и значимости мыслей (см. следующий раздел) прежде чем перейти к применению описанных выше стратегий.

Оспаривание специфических метакогнитивных убеждений о мыслях

После того как пациент успешно применил технику ДМ к навязчивой мысли, наступает этап модификации убеждений о важности и могуществе мыслей. Фокус лечения смещается с метакогнитивного переживания на модификацию метакогнитивных оценок и знаний.

Как правило, рекомендуется посвящать ДМ всего две-три сессии, поскольку ДМ – это всего лишь предпосылка для последующей модификации убеждения. Важно, чтобы ДМ не стала нейтрализующим поведением (новым ритуалом). Следующая стадия посвящена модификации убеждений о ТЕФ, ТАФ и ТОФ. В начале используются методы вербальной реатрибуции. За ними следуют поведенческие эксперименты.

Вербальные методы: изоляция и вербализация убеждения

Терапевту полезно помнить о том, что убеждения о навязчивых мыслях зачастую являются имплицитными и пациент никогда не скажет о них сам. Распространенное общее имплицитное убеждение – интрузии важны и обладают какой-либо силой. Терапевт должен совместно с пациентом выработать краткую формулировку убеждения. Оно может быть исследовано посредством следующих вопросов:

«Делают ли ваши мысли об этом это таким, как в мыслях?»

«Все ли мысли о Х. существенны?»

«Всегда ли мысли о заражении верны?»

«Все ли мысли о Х. важны?»

Этот анализ дополняется изучением реакций пациента с помощью OCD-S или TFI, которые указывают также на важные метакогнитивные убеждения.

Вербальные методы: TEF, TAF и TOF

Стратегии для оспаривания фузионных метакогниций включают стандартные техники оспаривания аргументов, расспросов о механизме, лежащем в основе слияний, и поиска контраргументов. Вот несколько примеров в помощь терапевту:

«Какие есть доказательства того, что мысли обладают силой вызывать события?»

«Какие есть доказательства того, что ваша навязчивая мысль обычно означает, что случилось что-то плохое?»

«Сколько раз вы проверяли, верна ли ваша мысль, и что этого может говорить о значимости вашей навязчивости?»

«Как мысль или чувство может перенестись в неодушевленный объект?»

«Почему силой наделены только некоторые из ваших мыслей, а не все?»

«Есть ли какие-то аргументы в пользу того, что мысли сами по себе не обладают особой силой или значимостью?»

«Было ли когда-нибудь так, что вам пришла в голову мысль и вы не смогли ее нейтрализовать? Что произошло и что это говорит вам об этих мыслях?»

Следующая стратегия – вызов диссонанса или конфликта в системе убеждений пациента. Это достигается за счет поиска убеждений, которые при активизации конфликтуют с убеждениями о силе и значении навязчивых мыслей.

Например, терапевт спросил пациента, каким образом навязчивые мысли о вреде, который он может причинить семье, могут вызвать такие события, откуда у них такая власть над ним? Пациент ответил, что Бог каким-то образом накажет его за такие мысли. Терапевт спросил, верит ли он в то, что Бог знает все, на что пациент ответил, что да, верит. Тогда терапевт спросил, как вера во всемогущего всезнающего Бога согласуется с его идеей о том, что Бог не знает, что мысли пациента – всего лишь навязчивости. Терапевт добавил еще диссонанса, указав, что все выглядит так, будто пациент может контролировать действия Бога всего лишь силой своих мыслей.

Также можно вызвать диссонанс между общими убеждениями пациента о себе и его метакогнитивным убеждением. Эта техника призвана продемонстрировать, что убеждение о

навязчивости не согласуется с тем, что пациент знает о себе. Следующий диалог иллюстрирует эту технику:

ТЕРАПЕВТ (Т.): Что, как вы опасаетесь, может случиться, после того как вы подумаете о причинении вреда дочери?

ПАЦИЕНТ (П.): Я беспокоюсь, что могу сделать что-то плохое.

Т.: Что самое плохое может произойти, если эта мысль придет вам в голову?

П.: Я боюсь, что на самом деле возьму нож и разрежу ей грудь.

Т.: Давайте рассмотрим ваше убеждение, что вы будете действовать в соответствии со своей мыслью. Какой вы человек в целом, как бы вы себя описали? Вы склонны к насилию?

П.: Нет, я ненавижу насилие.

Т.: Вы – тот человек, который действительно хочет навредить своей дочери?

П.: Нет, совсем нет, в этом и проблема.

Т.: Проблема в том, что вы не хотите навредить ей?

П.: Нет, проблема в том, что мне это не нравится, но я не могу перестать об этом думать.

Т.: Какой человек мог бы повредить своей дочери подобным образом?

П.: Безумец, которому нравится причинять людям вред.

Т.: Вы именно такой человек?

П.: Нет, совсем не такой.

Т.: Похоже, что вы знаете, что не будете действовать в соответствии с мыслью, поскольку вы – не тот человек, который на это способен. Что вы на это скажете?

П.: Если подумать об этом в таком ключе, то я знаю, что это всего лишь плохая мысль, но все равно, я не хочу об этом думать.

Т.: Возможно, желание здесь не имеет значения. Вы просто должны начать смотреть на нее как на мысль, которая не имеет реальной значимости для вас.

Поведенческие эксперименты

Слияние мысли/события

Есть два подтипа ТЕФ: проспективный и ретроспективный тип. При проспективном типе пациент убежден, что пришедшая в голову мысль вызовет плохое событие в будущем (напр.: «Если я подумаю, что случится авария, это повлияет на вероятность аварии»). При ретроспективном типе человек убежден, что наличие мысли говорит о событии, которое, должно быть, случилось в прошлом (напр.: «Если я думаю, что совершил убийство, то, возможно, я его в самом деле совершил»; «Если я думаю, что пол заражен фекалиями, то он, должно быть, и правда заражен».).

Проспективные ТЕФ можно оспорить поведенческими экспериментами. Когда идет речь о будущей угрозе, возможно манипулировать интрузией и наблюдать за последствиями. Однако, для этого необходима проверка - временной период, когда должна случиться катастрофа, не должен превышать, скажем, одной-двух недель. Когда пациенты считают, что негативное событие может произойти в любое время в отдаленном будущем – это может быть стратегия избегания. В таком случае терапевт просит предоставить аргументы в пользу того, что катастрофа будет отложенной во времени, а не немедленной, а затем все равно провести эксперимент. Одна из стратегий состоит в том, чтобы манипулировать содержанием мысли таким образом, чтобы включить в него прямую отсылку на событие, которое произойдет в следующие несколько дней или в определенный запланированный день (напр.: «Какие у вас планы на ближайшую субботу? Давайте попробуем представить, что ваш партнер попадет в аварию именно в этот день»).

Для повышения согласия с ТЕФ-экспериментами имеет смысл сначала представить идею о том, можно ли силой мысли вызывать позитивные события. Терапевт просит пациента попытаться выиграть главный приз в лотерее, просто подумав о том, что это случится, или в более негативном ключе, попытаться сломать автомобиль терапевта, вызвав в голове образ сломавшегося автомобиля.

Когда ТЕФ ретроспективно, терапевт, как правило, оспаривает аргументы, анализирует контраргументы и вызывает диссонанс (напр.: «Является ли наличие мысли хорошим доказательством того, что вы сделали что-то, или воспоминание о содеянном было бы лучшим доказательством? Вы из тех людей, кто может совершить подобное?»)»)

Экспериментальный подход к ретроспективным ТЕФ включает использование «адаптивной проверки» (adaptive checking).

Адаптивная проверка (возвращение к ERC)

Проверка считается дезадаптивной поведенческой стратегией в когнитивно-поведенческой терапии ОКР. Другими словами, это поведение пытаются предотвратить. Однако, метакогнитивный подход предполагает, что проверка может быть использована для изменения метакогнитивных убеждений и содействия отстранению от навязчивых мыслей. Для того чтобы проверка стала адаптивной, надо изменить ее цели. Например, целью может стать сбор данных для оценки валидности метакогнитивных убеждений. Говоря конкретнее, в случае ретроспективных фузионных убеждений (напр.: «Мысль о том, что я кого-то убил, означает, что я кого-то убил».) проверка может быть использована для сбора данных, однозначно доказывающих, что «Мысль о том, что я кого-то убил, - это просто ничего не значащая мысль».

Когда угроза ретроспективна, пациента просят заняться проверкой, которая может предоставить доказательства того, что событие не произошло, и что мысль – всего лишь событие в мозгу. Как правило, пациент прибегает к стратегиям проверки с намерением уменьшить беспокойство и дистресс. Изменив эксплицитную цель проверки и, по необходимости, модифицировав поведение таким образом, чтобы оно подходило для сбора доказательств, проверку возможно использовать для оспаривания метаубеждений о важности интрузивных мыслей.

Слияние мысли/действия

Убеждения ТАФ – это убеждения о том, что мысли наделены такой властью, что способны заставить индивида совершить

нежелательные действия. Поведенческие эксперименты, нацеленные на модификацию этих убеждений, основываются на вызове нежелательных мыслей в контексте конфронтации с провоцирующими тревогу ситуациями. Провоцирующая тревогу ситуация – это такая ситуация, в которой есть повышенный субъективный риск выполнения нежелательного действия.

Пример случая послужит иллюстрацией этого процесса:

28-летняя женщина была обеспокоена тем, что может заколоть кого-нибудь ножом, поэтому всегда проверяла, чтобы ножи были заперты в ящике на кухне, прежде чем открыть дверь и перед возвращением детей домой из школы. У этой пациентки ментальный образ (навязчивая мысль) нанесения ударов ножом активизировал убеждение «Мысль об этом заставит меня это сделать». Но убеждение активизировалось только тогда, когда у нее был доступ к ножам. Терапевт начал поведенческий эксперимент с того, что попросил пациентку держать ручку и одновременно вызвать мысль о нанесении ударов, чтобы посмотреть, приведет ли это к тому, что она ударит терапевта. Далее, терапевт попросил использовать технику «ручки и мысли» дома. На следующую сессию терапевт принес нож и попросил пациентку вызвать мысль об ударе терапевта ножом и одновременно смотреть на лежащий на столе нож. В качестве домашнего задания она должна была оставить нож на столешнице на кухне и отвести периоды для мыслей об ударе партнера ножом по его возвращении домой. Таким образом ее убеждение о том, что мысль заставит ее совершить нежелательное действие, было эффективно оспорено.

Аналогичным образом, другой пациент был обеспокоен тем, что мысли об обнаженном ребенке заставят его стать растлителем детей. Он избегал проезжать мимо школ и контактировать с детьми. Сначала терапевт ослабил его убеждение вербальными методами (оспаривая доказательства, вызывая диссонанс, оспаривая механизм), а затем попросил пациента провести эксперимент. Пациент должен был проехать мимо местной школы и при этом думать об обнаженном ребенке.

Предупреждение: Важно, чтобы не было ни малейших сомнений в отсутствии любого риска. Мысли должны быть четко эго-дистонными, а поведение восприниматься пациентом как отвратительное, без желания осуществить его. Подобные эксперименты не должны проводиться, если есть малейшее сомнение в истинной мотивации пациента либо риск.

Слияние мысли/объекта

ТОФ – это убеждение о том, что мысли и чувства могут переноситься в объекты и места, что означает, что от них будет трудно избавиться в будущем, или что соединение мысли и объекта наделяет мысли бóльшим влиянием, делает их реальнее. В подобных случаях поведенческие эксперименты часто фокусируются на оспаривании предсказаний по следующим пунктам: 1) что мысли и чувства могут переноситься в объекты; 2) что в подобных условиях мыслям и чувствам никогда не придет конец; и 3) что подобный процесс приведет к определенным негативным событиям.

Для оспаривания убеждения, будто мысли/чувства способны переноситься в объекты, терапевт может попросить пациента угадать историю объекта – кто им владел, откуда он взялся. Для этой цели полезно держать в кабинете коллекцию старых книг, старых ручек и так далее, вместе с описанием их истории и изображениями предыдущих владельцев. Можно попросить пациента дотронуться до объекта и на основании этого прикосновения рассказать историю объекта. Таким образом будет продемонстрировано расхождение между реальной историей и историей пациента.

В одном типе эксперимента пациента просят специально заразить чистую карточку, прижав ладонь к ее обратной стороне при одновременном вызове навязчивой мысли в сознание. Затем карточка помечается маленьким крестиком с обратной стороны и возвращается в стопку из 50 аналогичных карточек без пометок. Затем пациента просят закрыть глаза и попробовать найти зараженную карточку, перебирая карточки по очереди.

В некоторых случаях бывает полезен такой эксперимент: терапевт просит пациента принести из дома несколько зараженных и чистых объектов на терапевтическую сессию. Задача пациента состоит в том, чтобы надежно идентифицировать зараженные объекты, не видя их. Например, пациентку, обеспокоенную тем, что ее одежда заражена «нечистым» чувством, попросили принести на сессию два носка: один зараженный и один незараженный. Терапевт попросил ее

встать, вытянуть руки за спину и тыльной стороной правой руки дотрагиваться до незараженного носка. Таким образом, пациентку попросили подтвердить, что она может «чувствовать» нечистый носок. Только в одном случае был использован «нечистый» носок. Упражнение снималось на видео. Посмотрев видеозапись, пациентка увидела, что не смогла определить, когда использовался «нечистый» носок. Терапевт с клиенткой обсудили результаты, которые были интерпретированы как доказательство, что одежда не может быть заражена и что это было всего лишь чувство тревоги, которое пациентка испытывала при навязчивой мысли «Это заражено».

Оспаривание убеждения о том, что мысли/чувства никогда не кончатся, пока пациент будет контактировать с зараженным объектом, происходит несколькими способами. Одна техника заключается в том, чтобы заразить мыслями и чувствами как можно больше объектов, чтобы пациент мог проверить, что случится с длительностью эмоциональных реакций. Вопреки предсказаниям, мысли и чувства ослабевают, а не становятся более устойчивыми. Эти данные не согласуются с убеждением, что мысли и чувства могут переноситься в объекты, поскольку заражение большого количества объектов уменьшает стрессогенные мысли и чувства, а не усиливает их, как прогнозировал пациент.

Убеждение о том, что слияние мыслей с объектами приведет к негативному исходу, можно протестировать, попросив пациента активно вызвать «опасные» мысли и эмоции и одновременно контактировать с объектами, чтобы посмотреть, произойдет ли катастрофа. Чтобы этот подход был эффективен, важно операционализировать катастрофу, которой опасается пациент, в конкретных наблюдаемых терминах. Например, пациентка была убеждена, что если у нее будут богохульные мысли во время чтения Библии, то Библия будет осквернена и кому-то другому будет причинен вред, кто дотронется до нее. Вместе с пациенткой терапевт определил характер и временной период катастрофы. Было решено, что возможно получить негативный исход в течение недели, если пациентка прочтет Библию с богохульными мыслями и попросит дочь дотронуться до Библии.

Затем это предсказание было проверено.

Страх заражения: особый случай?

Обучающиеся метакогнитивной терапии врачи часто спрашивают, как метакогнитивная модель рассматривает ОКР, связанное с заражением. Практикующим специалистам иногда трудно сразу понять, как модель подходит для этого подтипа. Однако, этот подтип не является особым случаем, для которого потребовалась бы модификация модели. Пациентам следует задать простой вопрос: «Ваша проблема в том, что вещи заражены, или ваша проблема в том, что вы думаете о том, что они таковыми являются?»

Говоря конкретнее, проблема концептуализируется в терминах имплицитных метакогнитивных убеждений о значимости связанной с заражением мысли или необходимости беспокоиться по этому поводу. Как правило, эти мысли значимы в двух отношениях: «Я так думаю, следовательно, оно так и есть» (ТЕФ) и/или «Мне нужно думать, что это заражено, чтобы сохранять бдительность и оставаться в безопасности» (то есть, это процесс беспокойства). Следующий диалог иллюстрирует ход расспросов:

ТЕРАПЕВТ (Т.): Вы постоянно думаете о том, что скамейки в общественных местах заражены слюной или телесными жидкостями, правильно?

ПАЦИЕНТ (П.): Если я вижу пятно или скамейка не выглядит чистой, тогда я думаю, что это могут быть телесные жидкости.

Т.: Так ваша проблема в том, скамейки заражены или в том, что вы постоянно думаете о том, что они могут быть заражены?

П.: Ну, я думаю об этом, но они могут быть заражены, так что и то, и другое.

Т.: Было ли когда-нибудь время, когда вы так не думали?

П.: Да, я не всегда избегал вещей или так часто стирал свою одежду. Я был, как все остальные.

Т.: Что же изменилось? В последнее время стало больше

телесных жидкостей повсюду или ваше мышление поменялось?

П.: (*Смеется*). Конечно, у меня поменялся образ мыслей.

Т.: Тогда, как мне кажется, проблема в вашем отношении к мыслям о заражении. Вы относитесь к ним как мыслям или как к фактам реальной действительности?

П.: Я отношусь к ним, как к реальным фактам, ведь игнорировать их опасно.

Т.: Если это не более чем мысли, почему их игнорирование может быть опасным?

П.: Потому что я могу заразить семью, если подхвачу какую-нибудь болезнь.

Т.: Прямо сейчас вы относитесь к ним просто как к мыслям или вы защищаете их, как реальные факты?

П.: Я опять отношусь к ним, как к реальности, не так ли?

Т.: Да, и вы сейчас обнаружили одну очень важную вещь. Вы питаете неосознанное убеждение о том, что эти мысли о заражении важны и вы должны действовать в соответствии с ними. Интересно, вы когда-нибудь специально вызываете у себя эту мысль? Я имею в виду, спрашиваете себя о том, заразен ли данный предмет?

П.: Да, это часть проблемы. Я постоянно спрашиваю себя: «Это заразно или нет?» Это не то, чем хочется заниматься, потому что все становится еще хуже.

Т.: Итак, вы убеждены, что пришедшая в голову мысль отражает реальность и в то же время активно задаетесь вопросом, заразны ли объекты, что означает, что мысль нужна вам для чувства безопасности. Кажется, у вас настоящая проблема с мышлением. Как вы можете игнорировать эти мысли, если они означают, что предмет заражен, и вы должны продолжать думать эти мысли, чтобы оказаться в безопасности?

П.: Я стираю и выбрасываю одежду.

Т.: Помогло ли вам это остановить эти мысли?

П.: Нет.

Т.: Тогда мы должны изменить ваш образ мыслей. Вы можете относиться к мыслям о телесных жидкостях и возможном заражении, просто как к мыслям, которые не влекут за собой каких-либо действий. И можете ли вы отказаться от размышлений о том, заражено что-то или нет?

Этот пример иллюстрирует проблему пациента с имплицитными убеждениями о мыслях и необходимость иметь определенные мысли как часть стратегии достижения безопасности. Очевидно, что проблема связана с метакогнициями о мышлении, что это не проблема с идеей вреда в результате заражения. Однако осознание характера проблемы у пациента прочно зафиксировано на объектном уровне переработки. Задача в том, чтобы переключить пациента на метакогнитивный уровень.

Волшебный распылитель

Традиционная терапия страха заражения – это конфронтация с загрязнителями плюс предотвращение ритуалов. Экспозиционные подходы бывают довольно хитроумными, например используются волшебные спреи с заразой, которая распыляется вокруг и трудно поддается очистке. Например, в случае пациента со страхом заражения микробами, терапевт прикасается листком бумаги к унитазу, а затем погружает его в бутылку с насадкой-распылителем, в которую налита чистая вода, таким образом «загрязняя» ее. Затем терапевт или пациент пшикают этой водой на одежду, в кабинете или в доме пациента и даже на его волосы. Таким образом достигается конфронтация с загрязнителями и затрудняется очищение, что предотвращает ритуалы.

Метакогнитивное исполнение этого экспозиционного подхода нацеливается на две вещи: 1) оспорить убеждения о постоянстве мыслей и чувств и/или 2) переключить пациента на метакогнитивный уровень переработки. В первом случае терапевт просит пациента «распространить заразу» повсюду, чтобы посмотреть, что случится с беспокойством, сомнениями и тревогой. Эксперимент проводится, например, если необходимо протестировать конкретные убеждения о потере контроля над

эмоциями или оцепенении от страха.

Если эксперимент используется для переключения на мета-уровень переработки, терапевт просит пациента использовать распылитель в качестве способа проверить, заключается ли проблема в мыслях о заражении или в реальном заражении. Например, терапевт говорит: «Вы должны быть уверены в том, что проблему представляет лишь ваше убеждение о мыслях касательно заражения, а не реальное заражение. Для этого я попрошу вас распылить везде эту грязную жидкость, чтобы выяснить, есть ли реальная опасность или все дело лишь в мыслях».

Модификация убеждений о ритуалах

В ходе МКТ убеждения о ритуалах должны быть проанализированы и оспорены. Как правило, это делается после того, как первоначальная работа с убеждениями об интрузиях закончена. Но этот этап может наступить и раньше, если необходимо повысить вовлеченность пациента в поведенческие эксперименты с предотвращением ритуалов.

Обоснование

Терапевт обычно начинает с напоминания пациенту о том, какую непродуктивную роль играют ритуалы в его формулировке случая. Затем терапевт ведет сократовский диалог, нацеленный на углубление информированности пациента о непродуктивных последствиях ритуалов. Например:

ТЕРАПЕВТ (Т.): В формулировке случая мы видим, что использование ритуалов связано с навязчивыми мыслями и негативными убеждениями о ваших мыслях. Вы помните, что случилось несколько сессий назад, когда я попросил вас подавить мысль о белом кролике?

ПАЦИЕНТ (П.): Да, помню, что это было тяжело.

Т.: Верно. Таким образом вы увидели, что некоторые ритуалы, например попытки контролировать то, о чем вы думаете, не работают и могут приводить к обратным результатам. Есть и еще

одна проблема. Если вы постоянно предпринимаете что-то, что нейтрализовало бы сильное воздействие конкретной мысли, разве не мешает вам это понять, что мысль – не важна?

П.: Да, думаю, мешает.

Т.: Есть ли у вас возможность увидеть, что ничего плохого не случится, если вы убеждены в том, что спасли ситуацию, совершив ритуал?

П.: Ну, я уверен, что чувствовал бы себя хуже, если бы ничего не предпринял.

Т.: Значит, вы убеждены, что ваши ритуалы помогают?

П.: Да, вполне возможно.

Т.: Как давно вы их используете?

П.: Давно, примерно 5 лет.

Т.: Почему же они до сих пор не помогли? Почему у вас до сих пор ОКР?

П.: Понимаете, они помогают сразу, когда их выполняешь, ненадолго. Их действие кратковременно.

Т.: Правильно, вы убеждены, что они устраняют реальную угрозу, но они так же мешают вам увидеть, что ваши мысли и эмоции – не опасны и не имеют значения. Как вы думаете, что произойдет, если вы откажетесь от своих ритуалов?

П.: Я стану плохим человеком. Мысли изменят мою личность.

Т.: Значит, вы убеждены, что ритуалы не дают вам превратиться в плохого человека?

П.: Я не знаю, возможно.

Т.: Учитывая все то, что мы только что обсудили, насколько сильно вы убеждены в том, что ритуалы вам помогают?

П.: Я не уверен.

Т.: Какова может быть их роль в наличии у вас ОКР, по вашему мнению?

П.: Я уверен, что они представляют для меня проблему.

Т.: Что случится, если вы откажетесь от ритуалов?

П.: Я не готов это сделать. У меня будет каша в голове.

Т.: Это звучит рискованно сейчас. Поэтому давайте сначала посмотрим на преимущества и недостатки выполнения ритуалов.

Анализ преимуществ и недостатков

Обсуждение преимуществ и недостатков ритуалов повышает осознание пациентов проблем, вызываемых этими поведенческими стратегиями. Терапевт стремится укрепить осознание недостатков и оспорить валидность преимуществ, чтобы мотивировать пациента на изменения. Для выявления недостатков используются следующие вопросы:

1. «Как вы думаете, вызывают ли ваши ритуалы какие-нибудь проблемы?»
2. «Позволили ли вам ритуалы справиться с ОКР?»
3. «Каким образом ваши ритуалы могут поддерживать ОКР?»
4. «Какие негативные последствия имеют ритуалы для вашего окружения?»
5. «Какие негативные последствия имеют ритуалы для вас?»
6. «Есть ли у вас возможность узнать правду о мыслях и эмоциях, пока вы избегаете их, используя для этого ритуалы?»
7. «Что самое плохое может случиться, если вы продолжите выполнять ритуалы?»
8. «Даже если ритуалы снижают тревогу кратковременно, помогают ли они в долгосрочной перспективе?»
9. «Мешают ли вам ритуалы посмотреть на ситуацию реалистично?»
10. «Как ритуалы влияют на качество вашей жизни?»

Рейфрейминг преимуществ

Для того чтобы выявить преимущества ритуалов, как правило используются указанные ниже вопросы, в сочетании с переформулированным вопросом, в котором терапевт оспаривает валидность предполагаемых преимуществ.

1. «Каковы преимущества выполнения ритуалов?»
(Рефрейминг: Это краткосрочное или долгосрочное решение?)
2. «Каким образом ритуалы помогают вам?»
(Рефрейминг: Каким образом они могут способствовать сохранению вашей проблемы?)
3. «Каковы положительные стороны ритуалов?»
(Рефрейминг: Есть ли другие способы этого достичь?)
4. «Вы убеждены в том, что ритуалы предотвращают причинение вреда?»
(Рефрейминг: Вы проверяли, реальный это вред или воображаемый?)
5. «Вы убеждены в том, что ритуалы не дают вам потерять контроль?»
(Рефрейминг: Бывали ли ситуации, когда вы не смогли их выполнить? Что произошло?)
6. «Дает ли вам выполнение ритуалов душевное спокойствие?»
(Рефрейминг: Если ритуалы работают, вы уже давно должны были освободиться от беспокойства. Это так?)

Поведенческие эксперименты и убеждения о ритуалах

Экспериментальные стратегии представляют собой способ изменить устойчивые убеждения о необходимости выполнения ритуалов, и они подкрепляют альтернативные стратегии отношения к интрузиям. Эти эксперименты предназначены, прежде всего, для тестирования предсказаний о последствиях невыполнения ритуалов.

Пациенты часто считают, что если не будут выполнять свои ритуалы, то этим подвергнут себя или других (несуществующей) угрозе, будут переживать неослабевающие эмоции или беспокойство и не смогут нормально функционировать. Например, невозможность пять минут мыть руки горячей водой приведет к отравлению детей ядом. Если не расположить

предметы так, чтобы все они указывали в сторону больницы, то невозможно будет избавиться от всепоглощающего беспокойства о здоровье членов семьи. Неспособность контролировать мысли приведет к хаосу в мыслях и невозможности выполнять свою работу.

В каждом из этих примеров терапевт конфронтрует пациента с ситуациями, вызывающими дистресс и импульсивное желание выполнить ритуал. Терапевт идентифицирует навязчивую мысль или эмоцию, которая вызывает импульсивное желание и затем просит пациента воздержаться от ритуала. Эксперименты с экспозицией и предотвращением ритуалов (описанные ранее) применяются для оспаривания убеждений о навязчивостях и в то же время убеждений о необходимости выполнения ритуалов. Однако, убеждения о ритуалах могут существовать в качестве самостоятельного кластера знаний, отличного от убеждений о навязчивых мыслях и чувствах. Например, одна пациентка была убеждена, что навязчивые мысли гомосексуального характера сделают ее лесбиянкой. Она нейтрализовала эти мысли, заменяя их образами своего бойфренда. Когда ее метакогнитивное убеждение о силе мысли (о том, что мысль может изменить ее сексуальные предпочтения) было эффективно оспорено в ходе МКТ, она сообщила о том, что имеет более общую и устойчивую склонность классифицировать свои мысли как хорошие или плохие, чтобы «сохранять чистый и незамутненный рассудок». По ее предсказаниям, отсутствие подобной классификации не позволит ей в будущем получать удовольствие от различных занятий. Эта склонность предшествовала ее чрезмерному вниманию к сексуальным мыслям и, по всей видимости, существовала как отдельный набор убеждений об умственных ритуалах (стратегиях). Лечение фокусировалось на отказе от стратегии классификации мыслей. Терапевт просил пациентку вызывать хаос в мыслях и одновременно заниматься приятными вещами, например читать книгу или смотреть телевизор. Таким образом пациентка обнаружила, что может получать удовольствие от разных видов деятельности, не классифицируя свои мысли.

Новые планы для переработки: стоп-сигналы и критерии

знания

Метакогнитивная модель предполагает, что пациенты используют неадекватные внутренние критерии для руководства поведением и оценками. Ритуалы при ОКР выполняются до тех пор, пока не будет достигнуто соответствие конкретным внутренним критериям.

56-летний пациент был постоянно озабочен мыслью о том, что у него могли быть сексуальные отношения с его боссом. Чтобы успокоиться и предотвратить необходимость уволиться с работы, он постоянно выискивал любые малейшие воспоминания об офисной вечеринке. Если оказывалось, что в памяти есть пробел, он интерпретировал его как время, когда он мог заниматься сексом.

В данном случае рутинная проверка воспоминаний была упреждающей стратегией обращения с сомнениями и возможным беспокойством, за счет попытки узнать, выполнял ли он определенные действия. Терапевт разработал новый набор стратегий, которые включали отказ от проверки памяти, принятие решения о том, произошло ли некое событие, на основании адекватных критериев знания (воспоминании о случившемся, а не отсутствии воспоминаний) и применение отстраненной осознанности к сомнениям и интрузиям.

Помимо дисфункциональных критериев, связанных с воспоминаниями, некоторые пациенты применяют внимательные стратегии, входящие в состав плана для уменьшения или минимизации угрозы. Например, они отслеживают признаки загрязнения или заражения (напр., пятна на скамейках) или определенные ментальные события. Эти стратегии дают обратный эффект, поскольку ведут к усиленному обнаружению стимулов, что, в свою очередь, ведет к большему ощущению угрозы и нарастанию побуждения нейтрализовать ее выполнением ритуалов. Метакогнитивная терапия подчеркивает необходимость модификации внимательных приоритетов в вызывающих тревогу ситуациях, чтобы переписать привычные планы переработки.

Например, 40-летний пациент постоянно смотрел на себя в зеркало, чтобы проверить, не выглядит ли он как тот насильник, которого показывали в новостях. Этого пациента беспокоили интрузивные образы (он представлял себе лицо насильника), и он был убежден,

что эта мысль свидетельствует о том, что он начинает приобретать черты насильника. Его прежний план переработки был таков: он проверял свое отражение в зеркале, но быстро и мельком, чтобы не появилась навязчивая мысль. Терапевт обнаружил, что когда пациент смотрел в зеркало, он обрабатывал, скорее, не собственное отражение, а наличие или отсутствие образа насильника. Новый план заключался в следующем: пациент должен был смотреться в зеркало внимательно, одновременно позволяя навязчивой мысли возникнуть. Терапевт проинструктировал его «смотреть через» мысль на внешнее изображение (см. «Метакогнитивное руководство», глава 5).

Другая наблюдаемая форма дисфункционального мониторинга заключается в том, что пациенты уделяют слишком много внимания выполнению действия или тратят слишком много умственных усилий на него, чтобы убедиться, что оно совершено и/или чтобы устранить все сомнения/интрузии.

Например, один пациент постоянно проверял, закрыл ли он все окна и двери, чтобы достичь «незыблемого» чувства выполнения действия. Таким образом он уверялся в том, что все сделал, как нужно. Вместе с терапевтом пациент выработал альтернативный план: пациент должен был опираться не на «чувство», а на то, что видит, отказаться от проверки и применять отстраненную осознанность к любым последующим сомнениям. Позднее терапевт прибегнул к технике ERC – пациент должен был проверять дверь и окна, одновременно сомневаясь в том, что все выполняет должным образом.

В каждом из описанных примеров пациент и терапевт разрабатывают альтернативный план, или сценарий, для внимания, поведения и переработки интрузий/сомнений, который должен применяться вместо первоначального плана. Пример прежнего плана и нового плана приведен далее:

Старый (ОКР) план

- «Я полностью сосредоточиваюсь на том, как запираю автомобильную дверь и пытаюсь вспомнить это чувство».
- «Я пытаюсь вспомнить это чувство, пока отхожу от автомобиля».
- «Если я не в состоянии ярко вспомнить это чувство, я интерпретирую это, как свидетельство, что я не сделал все

должным образом».

- «Я возвращаюсь и проверяю и снова пытаюсь запомнить чувство».

Новый план

- «Я фокусирую внимание на том, что вижу, как я закрываю дверь».
- «Я не пытаюсь запомнить, закрыл ли я автомобиль, когда отхожу от него».
- «Я переносу любые сомнения и говорю себе, что это только мысли, а не факты».
- «Я применяю отстраненную осознанность к любым оставшимся мыслям».

Профилактика рецидива

На двух последних терапевтических сессиях проводится работа над «планом терапии». План состоит из примера формулировки случая, списка метакогнитивных убеждений пациента об интрузиях и обзора оспаривающих их доказательств, полученных с помощью вербальных и поведенческих методов. План состоит из утверждений об отрицательных эффектах выполнения ритуалов и детально расписанных планов для переработки/поведения – прежнего и нового.

Терапевт проверяет, не осталось ли фузионных убеждений и ритуалов/избегания, наличие которых указывает на остаточные дисфункциональные убеждения или планы, требующие дальнейшей модификации. Как правило, для выявления этих факторов используется OCD-S.

План лечения ОКР

Общий план проведения МКТ при ОКР, состоящий из десяти сессий, представлен в приложении 17. Он представляет собой руководство, описывающее структуру и содержание сессий, и должен применяться гибко, в зависимости от индивидуальной ситуации. План необходимо осуществлять с непосредственным

учетом стратегий, описанных в данной главе.

Глава 10

Доказательная база метакогнитивной теории и терапии

В этой главе представлен обзор доказательств роли CAS и метакогниций при психических расстройствах, постулируемой настоящим теоретическим подходом. Также будут приведены данные об эффектах конкретных терапевтических техник и данные результатов форм лечения. Этот обзор является, скорее, общим анализом, чем глубоким обсуждением исследований, которое является темой для отдельной книги. Более того, я намерен оставаться в рамках темы этой книги, которая посвящена практическому применению МКТ.

Глава структурирована следующим образом: сначала я рассматриваю исследования, связавшие аспекты CAS с психическими нарушениями. Эти аспекты таковы: беспокойство, руминация, аттентивный мониторинг угроз и метакогнитивные копинг-стратегии. Далее, я провожу обзор доказательств связей между метакогнитивными убеждениями и психическими расстройствами. В заключение, я обобщаю исследования эффектов метакогнитивных манипуляций, аттентивных манипуляций и оценок эффективности полного курса лечения.

Наличие CAS и его последствия

Беспокойство и руминация

Собрана огромная база данных в поддержку той идеи, что повторяющиеся стили мышления в форме беспокойства и руминации пагубны для эмоционального благополучия. Ранние работы, посвященные беспокойству, проводились в области тестовой тревожности (напр., Wine, 1971; Sarason, 1984), где тревожность подразделялась на две составляющие: эмоциональность и беспокойство. Многочисленные исследования дают основание предполагать, что беспокойство оказывает пагубное воздействие на выполнение теста, и этот эффект объясняется тем, что оно задействует аттентивные

ресурсы. Эти данные согласуются с тем взглядом, что беспокойство занимает ресурс внимания и препятствует ориентированному на задачу поведению и переработке.

Практически нет сомнений, что персеверативные формы мышления встречаются главным образом при психических расстройствах. Например, беспокойство было идентифицировано как процесс в широком спектре расстройств, включая панические расстройства (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994), социальную фобию (Clark & Wells, 1995; Mellings & Alden, 2000), ипохондрию (Bouman & Meijer, 1999), травматическое стрессовое расстройство (Holeva, Tarrier, & Wells, 2001) и генерализованное тревожное расстройство (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994). Аналогичный процесс руминации был идентифицирован при депрессии (напр., Nolen-Hoeksema, 1991).

В метакогнитивной модели беспокойство оказывает пагубное воздействие на саморегуляцию, поскольку блокирует эмоциональную переработку; задействует когнитивную способность, затрудняя выполнение деятельности; фокусирует переработку на угрозе. Исследования негативного воздействия беспокойства и руминации поддерживают идею о наличии этого негативного воздействия. Ранние работы о воздействии беспокойства, которые проводились вне сферы тестовой тревожности, изучали эффекты кратких периодов беспокойства у людей, склонных и несклонных к сильному беспокойству. Как оказалось, краткие периоды беспокойства ведут к большей тревоге, большей депрессии, снижению концентрации внимания на выполнении задачи и большему количеству негативных мыслей в последующем дыхательном упражнении у людей, склонных к сильному беспокойству, по сравнению с людьми, несклонными к нему (Borkovec et al., 1983).

Хазлетт-Стивенс (Hazlett-Stephens, 1997) изучил воздействие беспокойства у людей со страхом публичных выступлений, которых попросили выступить пять раз подряд. Испытуемые в контрольной группе продемонстрировали габитуацию субъективной тревоги при повторении экспозиций, в то время

как испытуемые в группе беспокойства, которые беспокоились перед каждой экспозицией, подобных результатов не показали.

Меллингс и Алден (Mellings and Alden, 2000) изучили беспокойство/руминацию, возникающие после события, у субъектов с высокой социальной тревожностью и нашли, что наличие этого параметра предсказывает вызов негативной саморелевантной информации, негативные ошибки в самосуждениях и вызов тревожных ощущений впоследствии при предвосхищении социального взаимодействия.

Идея о том, что беспокойство препятствует другим процессам, например тем, которые необходимы для эмоциональной переработки, является центральной для метакогнитивной теории и была подвергнута прямому тестированию. Батлер, Уэллс и Дьюик (Butler, Wells, and Dewick, 1995) и Уэллс и Папагерогиу (Wells and Parageorgiou, 1995) показывали участникам страшный и вызывающий сильное напряжение фильм и просили заниматься различными типами мышления в течение короткого периода после просмотра фильма. Одних участников просили беспокоиться; и они имели более высокие показатели интрузивных образов, связанных с фильмом, в течение последующих трех дней. Поскольку интрузивные образы считаются показателем неудавшейся эмоциональной переработки (напр., Rachman, 1980), можно сделать вывод о том, что беспокойство блокирует эмоциональную переработку.

Процессу беспокойства аналогичен процесс руминации. Эти процессы пересекаются во многих отношениях, как было продемонстрировано в сравнительных исследованиях, но есть и некоторые различия (Parageorgiou & Wells, 1999a, 2004). В метакогнитивной модели оба процесса оказывают негативное воздействие на саморегуляцию и эмоциональное благополучие.

Есть достаточно доказательств в пользу того, что руминация оказывает негативное воздействие на эмоции и психопатологию (см. обзоры в Lyubomirsky & Tkach, 2004; Nolen-Hoeksema, 2004). Нолен-Хоэксема с коллегами провели много основополагающих исследований в области руминации. Было показано, что руминация продлевает депрессивное настроение,

которое возникает после стрессовых жизненных переживаний (напр., Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991; Nolen-Hoeksema & Larson, 1999). В крупном лонгитюдном исследовании, в котором приняли участие 1100 взрослых, те из них, которые страдали клинической депрессией и обладали руминативным стилем мышления на момент первоначальной оценки, демонстрировали более выраженные и длительные депрессивные симптомы год спустя, с меньшей вероятностью выходили в ремиссию и чаще имели тревожные симптомы (Nolen-Hoeksema, 2000). Руминация не только влияет на настроение, но и нарушает мыслительные процессы и воздействует на поведение (Spasojevic, Alloy, Abramson, Maccoon, & Robinson, 2004).

В целом, эти исследования предоставляют более чем достаточную доказательную базу для гипотезы, что мыслительные стили, характеризующиеся персеверативной переработкой, в особенности беспокойством и руминацией, способствуют проявлению симптомов эмоционального расстройства. Поскольку в некоторых из этих исследований использовались экспериментальные манипуляции или проспективные анализы эффектов этих мыслительных стилей, они согласуются с каузальной ролью этих стилей в развитии расстройств. Есть еще большая база самоотчетов и кросс-секционных исследований, которая доказывает позитивную корреляцию между индивидуальными различиями в беспокойстве и руминации с измерениями уязвимости к психическому расстройству, оцененной с помощью таких конструктов, как нейротизм и склонность к депрессии (напр., Matthews & Wells, 2004). Более того, как будет описано далее, использование беспокойства для контролирования мыслей изучалось как отдельный фактор, связанный с психическим расстройством и эмоциональной уязвимостью.

Аттензивный мониторинг угроз

Впервые представляя модель S-REF (Wells & Matthews, 1994), фундамент метакогнитивного подхода, мы фокусировались на объяснении данных о внимании и осуществлении деятельности, а также на данных о психических расстройствах.

В метакогнитивной модели аномальное избирательное внимание, т.е. избыточная тенденция фокусироваться на личностно-значимой угрожающей информации, является характерной чертой CAS.

В целом ряде разнообразных исследований это искажение было подтверждено экспериментально, часто с помощью эмоционального теста Струпа. При выполнении этого теста субъект называет цвета, которыми напечатаны слова с эмоциональным или угрожающим значением. Как правило, пациенты медленно называют цвета тех слов, которые связаны с их расстройством. Например, индивиды с ГТР медленнее называют цвета слов, имеющих угрожающее значение (Mathews & MacLeod, 1985), индивиды с депрессией медленнее называют цвета слов, обозначающих негативные эмоции (Gotlib & Cane, 1987), а ветераны Вьетнама медленно называют цвета слов, имеющих негативное значение и связанных с войной (Kaspi, McNally, & Amir, 1995).

Дискуссии о характере аттентивных искажений при эмоциональных расстройствах фокусировались на концепции автоматизма. Когнитивный процесс считается автоматическим, если отвечает трем критериям: 1) его начало и конец являются произвольными; 2) для переработки не задействуются или почти не задействуются ресурсы внимания; и 3) переработка не управляется сознанием (Schneider, Dumais, & Shiffrin, 1984). Автоматической переработке может быть противопоставлена контролируемая переработка, которая является произвольной, имеет ограниченный потенциал и частично доступна сознанию (Schneider et al., 1984), хотя проводить строгое разграничение между двумя процессами не следует.

Ошибки при выполнении теста Струпа могут быть объяснены произвольными и в значительной степени автоматическими механизмами (напр., Williams, Watts, MacLeod, & Mathews, 1988). Однако модель S-REF и метакогнитивная теория расстройств предлагают альтернативное объяснение: эти ошибки отражают преимущественно стратегическую переработку.

Какие данные имеются в пользу этого альтернативного

предположения? Мы (Wells & Matthews, 1994; см. также Matthews & Wells, 2000) ранее проанализировали несколько наборов данных. Исследования прайминг-эффектов показывают, что у депрессивных индивидов предыдущее воздействие саморелевантного материала повышает интерференцию (Segal & Vella, 1990). Аналогичные эффекты были обнаружены у неклинических испытуемых, подвергнутых воздействию самосфокусированной манипуляции. Эти эффекты, по-видимому, действуют определенные промежутки времени, которые уравниваются с произвольной переработкой (напр., Richards & French, 1992). Более того, по-видимому, есть эффект от представления аналогичных типов заданий Струпа вместе, а эффект от представления различных типов в псевдослучайном порядке отсутствует. Группа авторов (Richards, French, Johnson, Naparstek, and Williams 1992) обнаружила искажения, связанные с личностной тревожностью, только в серии экспериментов, сгруппированных по типу слов, что позволяет сделать вывод, что искажения могут зависеть от ожидания угрозы. Мэтьюз и Харли (Matthews and Harley, 1996) использовали нейросетевую имитацию эмоционального теста Струпа, чтобы исследовать два возможных автоматических механизма и стратегический механизм. Имитации не выявили автоматических механизмов, аналогичных «вмонтированной» (hard-wired) чувствительности к угрозе или механизмов, аналогичных эффектам многократной экспозиции. Стратегическая имитация выявила продолжение мониторинга угрозы во время выполнения других задач. Только при этой манипуляции фиксировалось ухудшение выполнения при назывании цвета слов с эмоциональным значением. Эти данные согласуются с гипотезой, что ошибки могут быть следствием стратегического механизма мониторинга угроз.

Гипотеза воздействия стратегического мониторинга угроз не исключает влияния эмоций на автоматическую переработку. По всей видимости, эффекты автоматических, связанных с эмоциями искажений и эффекты стратегического мониторинга угроз проявляются вместе. Тем не менее, собранные данные указывают на наличие конкретной связанной с ожиданием реакции в виде мониторинга угроз, как и предполагает

метакогнитивный подход.

Конкретная стратегия мониторинга угроз, наблюдаемая при каждом конкретном расстройстве, может зависеть от самого расстройства. Айзенк (Eysenck, 1992) рассматривает генерализованную тревогу, как связанную с гипербдительностью к угрозе. Пациенты с навязчивостями демонстрируют повышенное когнитивное самоосознание, склонность отслеживать мыслительные процессы (Cartwright-Hatton & Wells, 1996). Пациенты с ипохондрией и паническим расстройством часто отслеживают свои телесные симптомы на предмет наличия признаков заболевания.

Метакогнитивные копинг-стратегии

Общепризнанно, что такие копинг-стратегии, как избегание и неконтролируемый прием психоактивных веществ в качестве самолечения, могут иметь негативные последствия и усугублять психические нарушения. Это примеры дезадаптивных поведенческих копинг-стратегий, являющихся частью CAS. В дополнение к этому, метакогнитивная теория утверждает, что многие поведенческие копинг-стратегии являются метакогнитивными по своей природе, поэтому особый интерес представляет их участие в возникновении и поддержании расстройства. Например, подавление неприятных мыслей, как было показано, ведет к усилению или повторному возникновению подавленной мысли, поэтому в долговременной перспективе эта стратегия является непродуктивной (Purdon, 1999; Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987; Wenzlaf & Wegner, 2000). Множество работ посвящено эффектам подавления мыслей, однако их результаты неоднозначны в плане надежности немедленных или отсроченных эффектов попытки подавления целевой мысли. Тем не менее, общий вывод состоит в том, что попытки подавить мысль не являются абсолютно эффективными. Это в целом согласуется с идеей, что метакогнитивные стратегии контроля мыслей, нацеленные на устранение мыслей из сознания, не эффективны, однако именно эта стратегия часто встречается у пациентов.

Центральная идея модели состоит в том, что беспокойство и

руминация могут использоваться как копинг-стратегии. Это подразумевает, что, как таковые, они дифференцируются от беспокойства как симптома тревоги. Уэллс и Дэвис (Wells and Davies, 1994) разработали Опросник контроля мыслей (Thought Control Questionnaire; TCQ), методику для количественной оценки индивидуальных различий в использовании стратегий контроля мыслей, в том числе беспокойства и наказания в качестве важных и потенциально контрпродуктивных стратегий. Как мы видели в главе 2, TCQ имеет 5 субшкал. Были собраны непротиворечивые данные, указывающие на то, что беспокойство и наказание позитивно коррелируют с эмоциональными расстройствами. Беспокойство и наказание тесно связаны с CAS (наказание включает негативную самооценку). Беспокойство и наказание являются фактором, отличающим людей, переживших ДТП и страдающих вследствие этого острым стрессом, от таких же людей без стресса (Warda & Bryant, 1998). Пациенты с ОКР чаще используют беспокойство и наказание (Amir et al., 1997; Abramowitz et al., 2003). Эти стратегии контроля мыслей предсказывают низкий уровень выздоровления от депрессии и ПТСР (Reynolds & Wells, 1999). Использование беспокойства для контролирования мыслей кросс-секционно коррелирует с симптомами стресса у студентов колледжей (Roussis & Wells, 2006).

Моррисон, Уэллс и Нотхард (Morrison, Wells, and Nothard, 2000) изучили непациентов со значениями выше и ниже медианных по шкале склонности к галлюцинациям. Непациенты с высокой склонностью к галлюцинациям чаще использовали стратегии наказания и переоценки TCQ.

Лонгитюдные исследования показывают, что TCQ-беспокойство, оцененное вскоре после травмы, предсказывает последующее развитие ПТСР (Holeva et al., 2000) и коррелирует с более выраженными симптомами травматического стресса после выписки из отделения интенсивной терапии (Knight, 2004).

Поскольку использование стратегий контроля мыслей связано с метакогнитивными убеждениями о вредных и положительных последствиях негативного мышления, метакогнитивная теория

предсказывает конфликт или нерешительность в попытках либо использовать беспокойство и руминацию, либо отказаться от них. Пёрдон (Purdon, 2000) изучил *in vivo* негативную оценку беспокойства у непациентов и обнаружил, что она коррелирует с большим старанием избавиться от мыслей. Однако, позитивные убеждения о беспокойстве были отмечены как одновременные предикторы сниженной мотивации к избавлению от них.

В целом, доступные данные недвусмысленно показывают, что некоторые (но не все) стратегии контроля мыслей, будучи оценены как личностные переменные, позитивно связаны с психическими расстройствами. Более того, основанные на беспокойстве и связанные с наказанием стратегии выявляются неизменно, как и предсказывает метакогнитивная модель.

Метакогнитивные убеждения

Опросник метакогниций (MCQ; Cartwright-Hatton & Wells, 1997) и его более короткая версия MCQ-30 (Wells & Cartwright-Hatton, 2004) были разработаны для тестирования метакогнитивной теории психических расстройств, особенно предполагаемой роли убеждений о беспокойстве. Эти инструменты были использованы во множестве исследований, которые подтвердили взаимосвязь между метакогнициями, симптомами аффективных расстройств и психическими расстройствами. Ошибочные метакогниции, по всей видимости, связаны с эмоциями, как личностными чертами (Cartwright-Hatton & Wells, 1997), тревогой и тревожными расстройствами (Wells & Carter, 2001), депрессией (Papageorgiou & Wells, 2001a, 2001b), психотическими симптомами и расстройствами (Morrison et al., 2002; Stirling, Barkus, & Lewis, 2007), злоупотреблением алкоголем (Spada & Wells, 2005, 2006; Spada, Zandvoort, & Wells, 2007) и стрессом при наличии соматических заболеваний (Allott, Wells, Morrison, & Walker, 2005).

Картрайт-Хаттон и Уэллс (Cartwright-Hatton & Wells, 1997) сообщили о позитивных корреляциях между всеми субшкалами MCQ и тревожностью (разброс значений от 0,26 до 0,73). Также каждая субшкала позитивно коррелировала с навязчивостями (0,40–0,73), проверкой (0,28–0,47), а также социальным

беспокойством и беспокойством о здоровье (0,20–0,69). В целом, негативные убеждения, касающиеся неконтролируемости и опасности беспокойства, демонстрируют самые сильные корреляции по различным шкалам, оценивающим уязвимость. Что касается уникальных предикторов по субшкалам MCQ, то навязчивые мысли были независимо связаны с позитивными убеждениями о беспокойстве, негативными убеждениями, касающимися неконтролируемости и опасности, а также низкой когнитивной уверенностью. Навязчивая проверка была связана исключительно с позитивными убеждениями о беспокойстве и когнитивной уверенностью. В каждом случае включение субшкал MCQ значительно увеличивало дисперсию, на 12–27% сверх той, что объясняется тревожностью как личностной чертой. Это значительная величина, особенно если учесть, что MCQ не является метакогнитивным измерением, предназначенным для обсессивно-компульсивного расстройства.

Уэллс и Папагеоргиу (Wells and Papageorgiou, 1998b) изучили взаимосвязи между метакогнитивными убеждениями, беспокойством как личностной чертой и обсессивно-компульсивными симптомами. Частичное пересечение беспокойства и навязчивостей было проконтролировано путем изучения метакогнитивных предикторов каждого кластера симптомов у непациентов. Каждая субшкала MCQ положительно коррелировала с компульсивной проверкой, навязчивыми мыслями и патологическим беспокойством. В регрессивном анализе двух субшкал, позитивных убеждений о беспокойстве и негативных убеждений о неконтролируемости и опасности, были индивидуальные предикторы патологического беспокойства. Ряд субшкал MCQ также оказались специфичными и уникальными предикторами обсессивно-компульсивных симптомов.

Другие исследователи собрали надежные доказательства наличия связей между метакогницией и обсессивно-компульсивными симптомами. Например, группа авторов (Janeck, Calamari, Riemann, and Heffelfinger, 2003) обнаружила, что повышенное когнитивное самоосознание, т. е. тенденция отслеживать мысли, отличает ОКР от смешанной группы сравнения, в которую вошли тревожные расстройства. Другая группа ученых (Hermans,

Martens, De Cort, Pieters, and Eelen, 2003) сравнила индивидов, страдающих ОКР, с контрольными участниками, не страдающими тревожными расстройствами, и обнаружила различия в нескольких областях метакогнитивных убеждений. Участников с ОКР отличали более высокие негативные убеждения о неконтролируемости и опасности ментальных событий, они имели больше негативных убеждений о вредных последствиях определенных мыслей, они больше отслеживали свои мысли и демонстрировали более низкую уверенность в своих когнитивных способностях. Низкая когнитивная уверенность была отмечена в трех областях: 1) воспоминаниях о действиях; 2) отличии действий от воображения; и 3) сопротивлении к отвлечению. В другой линии исследований эффектов поведения на метакогниции Ван ден Хут и Киндт (Van den Hout and Kindt, 2003a, 2003b) показали, что многократная проверка не влияет на точность воспоминаний, но влияет на мета-память. В частности, проверка снижает уверенность в собственных воспоминаниях.

Боуман и Мейджер (Bouman and Meijer, 1999) использовали MCQ для изучения убеждений о беспокойстве при ипохондрии. Эти ученые попытались ответить на вопрос, озабочены ли индивиды с ипохондрией больше своими опасениями по поводу здоровья или беспокойством, а также на связанный с ним вопрос о том, есть ли у этих индивидов содержательно-специфичные метакогниции. Эти авторы подтвердили предыдущие данные о значимых корреляциях между факторами MCQ и склонностью к патологическому беспокойству, оцененной Опросником беспокойства Пенсильванского университета. Более того, они показали, что измерение ипохондрии положительно коррелирует с двумя областями MCQ: 1) негативными убеждениями о неконтролируемости и опасности; и 2) потребностью контролировать мысли, включая суеверия, наказание и ответственность.

Дэвис и Валентинер (Davis and Valentiner, 2000) показали, что испытуемые с генерализованной тревогой демонстрируют более высокие значения, чем индивиды с выраженной тревогой, но без беспокойства, по параметрам негативных метакогнитивных

убеждений; неконтролируемости и опасности, а также негативных убеждений, касающихся необходимости контролировать мысли, включая суеверия, ответственность и наказание.

Спада и Уэллс (Spada and Wells, 2005) изучили взаимосвязь между MCQ-30 и двумя измерениями употребления алкоголя и проблемного пьянства. Позитивные убеждения о беспокойстве и негативные убеждения, касающиеся неконтролируемости и опасности, положительно коррелировали с измерением количества и частоты употребления алкоголя за последние 30 дней и скринингом расстройств, вызванных употреблением алкоголя. Низкая когнитивная уверенность и убеждения о необходимости контроля мыслей также положительно коррелировали с измерением количества и частоты употребления. Убеждения о необходимости контроля мыслей значимо предсказывали употребление алкоголя, даже когда такие факторы, как тревога и депрессия, были проконтролированы.

В полуструктурированном интервью, охватившем 10 пациентов с проблемным пьянством, метакогнитивное профилирование выявило, что все пациенты имели позитивные метакогнитивные убеждения об использовании алкоголя в качестве когнитивной, эмоциональной и связанной с образом «Я» регуляторной стратегии. Шесть пациентов имели негативные метакогнитивные убеждения. Девять из десяти пациентов сообщили, что не могут определить, когда они достигают саморегуляторной цели во время употребления алкоголя и их стоп-сигналом является плохое самочувствие или «отключка», что предполагает наличие аномального метакогнитивного мониторинга (Spada & Wells, 2006). При дальнейшей проверке применимости метакогнитивной теории к злоупотреблению алкоголем Спада и Уэллс (Spada & Wells, 2008a) разработали шкалы Позитивных убеждений об употреблении алкоголя и Негативных убеждений об употреблении алкоголя. Эти измерения коррелируют с измерениями злоупотребления алкоголем, причем позитивные убеждения объясняют дисперсию в измерениях злоупотребления алкоголем за рамками ожиданий от алкоголя (Spada, Moneta, & Wells, 2007).

Хотя метакогнитивный подход первоначально был разработан для объяснения аффективных расстройств, он, как оказалось, применим и для психотических симптомов. Взаимосвязь между метакогнитивными убеждениями и склонности к слуховым галлюцинациям тестировалась в нескольких исследованиях. Моррисон с коллегами (Morrison et al., 2000) адаптировал Шкалу галлюцинаций Лони — Слейда (Launay–Slade Hallucination Scale) для измерения предрасположенности к слуховым и зрительным галлюцинациям и взаимосвязей с метакогницией в популяции непациентов. Позитивные убеждения о необычных перцепциях были лучшим предиктором предрасположенности к галлюцинациям. Участники с более высокими значениями предрасположенности имели и более высокие значения по MCQ-субшкалам неконтролируемости и опасности, необходимости контроля, включая суеверия, наказание и ответственность, и когнитивного самоосознания.

Группа ученых (Lobban, Haddock, Kinderman, and Wells, 2002) исследовала с помощью модифицированной версии MCQ различия между пациентами с шизофренией, имевшими слуховые галлюцинации на момент исследования, и индивидами, никогда не имевшими галлюцинаций. Одну контрольную группу составляли пациенты с тревожными расстройствами, а другую — непациенты. Пациенты с галлюцинациями отличались от шизофреников без галлюцинаций убеждениями о том, что мысли должны быть непротиворечивыми. Также, у пациентов с галлюцинациями были выше значения по субшкале когнитивного самоосознания, чем у непациентов. Кроме того, такие пациенты имели более высокие значения по субшкале неконтролируемости и опасности, чем контрольная группа пациентов с тревожными расстройствами.

В неклиническом исследовании предикторов склонности к слуховым галлюцинациям Моррисон с коллегами (Morrison et al., 2002) обнаружили, что MCQ позитивные убеждения о беспокойстве и положительные интерпретации голосов были индивидуальными предикторами предрасположенности к галлюцинациям, когда личностная тревога и другие субшкалы MCQ были представлены.

Стерлинг (Stirling et al., 2007) поставил своей целью определить, могут ли здоровые индивиды, классифицированные как таковые по параметрам склонности к галлюцинациям и уровню шизотипии, быть дифференцированы также и по субшкалам MCQ. Шизотипия рассматривается, как личностная черта, отражающая степень склонности индивида к психозу. Были использованы две версии MCQ: оригинальная шкала и модифицированная шкала, где пункты, связанные с беспокойством, были заменены на пункты, связанные с мыслями или рефлексией о мыслях. Существенные различия были найдены между группами, классифицированными как обладающие низкой, средней и высокой склонностью к галлюцинациям, по четырем из пяти субшкал MCQ, и по трем из четырех модифицированных субшкал. Индивиды с высокой склонностью к галлюцинациям получили более высокие значения по субшкале неконтролируемости и опасности, более низкие значения по субшкале когнитивной уверенности и более высокие значения по субшкале негативных убеждений, касающихся необходимости контролировать мысли. Шизотипия положительно и значимо коррелировала со всеми пятью субшкалами MCQ. Таким образом, индивиды с высокими значениями шизотипии одновременно имеют более сильные позитивные и негативные убеждения о беспокойстве, сомневаются в своих когнитивных способностях (когнитивная уверенность) и озабочены тем, что отсутствие контроля мыслей может привести к негативным последствиям.

Эти данные о взаимосвязях между метакогнитивными убеждениями и психотическими симптомами демонстрируют надежную положительную связь с метакогнитивными областями. Однако, конкретная область различается, что зависит от того, клиническая это выборка или нет, и от того, какое измерение симптомов использовалось. Данные поддерживают гипотезу о том, что позитивные и негативные метакогнитивные убеждения связаны с психологической уязвимостью, распространяя ее и на психотические переживания.

Помимо метакогнитивной уязвимости к тревоге, беспокойству, употреблению алкоголя и психозу в исследованиях

тестировались связи между метакогницией и депрессией и депрессивной руминацией, как личностной чертой. Папагеоргиу и Уэллс (Papageorgiou and Wells, 2001a) использовали полуструктурированное интервью для изучения наличия метакогнитивных убеждений о руминации у пациентов с рекуррентным БДР, диагностированным по DSM-IV. Все пациенты имели позитивные и негативные метакогнитивные убеждения о руминации. Содержание позитивных убеждений касалось того, что руминация является копинг-стратегией, а содержание негативных убеждений фокусировалось на неконтролируемости и вреде руминации. Убеждения, выявленные в этом исследовании, стали базисом для разработки двух оценочных шкал для измерения позитивных и негативных убеждений о руминации.

В тестах метакогнитивной модели депрессии использовались: Шкала позитивных убеждений о руминации (Positive Beliefs about Rumination Scale, PBRS; Papageorgiou & Wells, 2001b) и Шкала негативных убеждений о руминации (Negative Beliefs about Rumination Scale (NBRs; Papageorgiou, Wells, & Meina, 2008). PBRS позитивно коррелировала с руминацией ($r = 0,53$) и с депрессией ($r = 0,45$) в неклинических выборках (Papageorgiou & Wells, 2001b, 2001c, 2003) и у индивидов с клинической депрессией (Papageorgiou & Wells, 2003). Аналогичным образом, негативные метакогнитивные убеждения позитивно коррелировали с руминацией и депрессией в неклинической выборке (Papageorgiou & Wells, 2001c, 2003) и у пациентов с клинической депрессией ($r = 0,54$) (Papageorgiou & Wells, 2001c). Более того, позитивные и негативные метакогнитивные убеждения отличали пациентов с рекуррентным большим депрессивным расстройством от пациентов с паническим расстройством, агорафобией и социальной фобией (Papageorgiou & Wells, 2001b).

В целом, эти исследования продемонстрировали непротиворечивые позитивные взаимосвязи между метакогнитивными убеждениями, эмоциональной уязвимостью и широким спектром психических расстройств. Связи имеются как для позитивных, так и для негативных метакогниций, как и

подразумевается в метакогнитивной модели. Убеждения о неконтролируемости и опасности мыслей, по всей видимости, имеют особое значение.

Промежуточные выводы

Большая база собранных данных подтверждает наличие CAS при психическом расстройстве. Более того, беспокойство и руминация имеют негативные последствия для саморегуляции, как и предсказывается в метакогнитивной модели. Аттензивные искажения можно определить, как стратегическую переработку и стратегию пациента для предвосхищения угрозы и совладания с ней, что согласуется с предсказаниями метакогнитивной теории. Представляется возможным выделить метакогнитивные регуляторные стратегии, связанные с повышенной уязвимостью и играющие каузальную роль в развитии симптомов травматического стресса. В соответствии с эффектами, предсказанными моделью, персеверативные стратегии беспокойства и наказания связаны с аффективными расстройствами. Наконец, позитивные и негативные метакогнитивные убеждения были выявлены в полуструктурированных интервью, и измерения этих убеждений непротиворечиво и позитивно коррелируют с широким спектром показателей уязвимости к аффективным и психическим расстройствам.

Каузальный статус CAS и метакогниций

Ранее в главе мы рассмотрели доказательства в пользу каузальной роли CAS при психическом расстройстве. Напомним: лонгитюдные исследования эффектов руминации, вызванной стрессовыми жизненными событиями, показывают, что этот аспект CAS связан с более высоким уровнем последующих стрессовых симптомов и депрессии (напр., Nolen-Hoeksema, 2000). Более того, лабораторные эксперименты с руминацией и настроением продемонстрировали, что руминация может продлевать дисфорическое настроение (см. обзор в Lyubomirsky & Tkach, 2004).

Экспериментальные манипуляции, увеличивающие переживание

беспокойства, ведут к усилению интрузивных мыслей во время выполнения следующего задания, не связанного с беспокойством (Borkovec et al., 1983). Краткие периоды беспокойства, следующие за конфронтацией со стрессовым материалом, связаны с усилением интрузивных образов в течение последующего трехдневного периода (Butler et al., 1995; Wells & Parageorgiou, 1995).

Есть и другие значимые данные, подтверждающие каузальную роль CAS и метакогниций. Группа авторов (Rassin, Merckelbach, Muris, and Spaan, 1999) изучила воздействие экспериментально вызванных метакогнитивных убеждений на навязчивые мысли у непациентов. В этом исследовании участников убедили в том, что электроэнцефалограф, к которому они подключены, зарегистрирует появление мысли «яблоко» и, когда эта мысль будет зарегистрирована, другой участник эксперимента, с которым испытуемый только что познакомился, получит удар током. Испытуемым сказали, что они могут прервать удар током, если они в течение двух секунд после того, как поймают себя на мысли «яблоко», нажмут на кнопку. В сравнительном эксперименте испытуемым сказали, что ЭКГ зарегистрирует мысль «яблоко», но информации об ударе током не предоставлялось. Манипуляция метакогнитивными убеждениями привела к большим интрузиям, большему дискомфорту, большему гневу, направленному вовнутрь, и большим попыткам избежать мысли.

Нассиф (Nassif, 1999) провела проспективное исследование развития генерализованной тревоги и патологического беспокойства. Она продемонстрировала, что негативные метакогнитивные убеждения о неконтролируемости и опасности предсказывали развитие генерализованной тревоги спустя несколько недель. Йылмаз, Генкоз и Уэллс (Yilmaz, Gencoz, and Wells, 2007a) показали, что метакогнитивные убеждения, измеренные во время 1, предсказывали развитие тревожных симптомов или депрессии спустя шесть месяцев, даже после того, как влияние стрессовых жизненных событий было проконтролировано.

То, как влияет подавление мыслей, изучалось во многих исследованиях. Эти исследования показали, что подавление мыслей может приводить к более частому возникновению нежелательной мысли. Однако, эти результаты не согласуются с рядом других исследований, показавших незамедлительный эффект во время подавления, и исследований, показавших отложенное возникновение нежелательной мысли, когда подавление прекращается, или не выявивших никакого эффекта (напр., Wegner et al., 1987; Merckelbach, Muris, van den Hout, & de Jong, 1991; Lavy & van den Hout, 1990; Muris, Merckelbach, van den Hout, & de Jong, 1992; Roemer & Borkovec, 1994). Эти различия объясняются методологическими различиями между исследованиями, однако с должной степенью надежности мы можем утверждать только то, что подавление, по-видимому, является непоследовательной стратегией.

В лонгитюдном исследовании развития ПТСР Холева с коллегами (Holeva et al., 2001) продемонстрировали, что склонность использовать беспокойство в качестве средства контролирования мыслей-интрузий предсказывала последующее развитие ПТСР после дорожно-транспортных происшествий. Руссис и Уэллс (Roussis and Wells, 2008) показали, что использование беспокойства в качестве стратегии контроля мыслей предсказывает стрессовые симптомы примерно спустя 3 месяца у студентов колледжей.

В целом, упомянутые здесь исследования согласуются с тем взглядом, что CAS и метакогниции играют каузальную роль в устойчивости и развитии эмоциональных симптомов и в ухудшении или ослаблении эффективности саморегуляции.

Влияет ли метакогниция на возникновение расстройства сверх когниции?

В метакогнитивной теории предполагается, что метакогнитивные оценки мыслей вносят вклад в расстройство, независимо от обыкновенных когнитивных оценок или топологических характеристик мыслей. Например, негативная интерпретация беспокойства (мета-беспокойство) считается более важным при ГТР, чем характер беспокойства. Несколько исследований

предоставляют данные, подтверждающие эту гипотезу.

Уэллс и Картер (Wells and Carter, 1999) протестировали относительную значимость мета-беспокойства и беспокойства типа 1 для индивидуальных различий, касающихся паталогического беспокойства, оцененного по Опроснику беспокойства Пенсильванского университета. Мета-беспокойство было уникально связано как с патологическим беспокойством, так и с уровнем проблемы с беспокойством, и эта связь была независима от содержания беспокойства, тревожности как личностной черты и неконтролируемости.

Нассиф (Nassif, 1999, Исследование 1) протестировала значимость фактора мета-беспокойства для патологического беспокойства в ливаноской выборке, проконтролировав личностную тревожность и содержание беспокойства. Самым сильным индивидуальным фактором, обуславливающим патологическая беспокойство, оказался фактор мета-беспокойства. В дальнейшем исследовании (Nassif, 1999) Нассиф изучила непациентов на предмет наличия генерализованной тревоги по критериям DSM-III-R и обнаружила, что мета-беспокойство было значимо повышено в группе испытуемых с ГТР, чем в группе испытуемых, не страдавших тревожными расстройствами.

Йылмаз, Генкоз и Уэллс (Yilmaz, Gencoz, and Wells, 2007b) протестировали уникальный вклад когниции и метакогниции в депрессию. Когниция (убеждение) оценивалась по Шкале дисфункциональных аттитюдов (Dysfunctional Attitudes Scale), а метакогнитивные убеждения оценивались по Шкале позитивных убеждений о руминации и Шкале негативных убеждений о руминации. Результаты показали, что два метакогнитивных измерения индивидуально объясняли вариацию депрессивных симптомов, а субшкалы Шкалы дисфункциональных аттитюдов этого сделать не смогли. Эти результаты согласуются с тем взглядом, что метакогнитивные убеждения могут сильнее обуславливать депрессивные симптомы, чем дисфункциональные убеждения (схемы) в «когнитивной» области.

Несколько исследователей в области обсессивно-компульсивных симптомов продемонстрировали, специфичную значимость метакогнитивных убеждений для симптомов, выходящую за рамки влияния факторов из области неметакогнитивных убеждений. Гвиллиам и др. (Gwilliam et al., 2004) проверили, предсказывают ли метакогнитивные убеждения или связанные с ответственностью когниции возникновение обсессивно-компульсивных симптомов у непациентов. И когнитивная (ответственность), и метакогнитивная (связанная со слиянием) области убеждений положительно коррелировали с симптомами. Однако, метакогнитивные области коррелировали сильнее всего, а связь между ответственностью и симптомами не присутствовала там, где были учтены метакогниции.

Майерс и Уэллс (Myers and Wells, 2005) также изучили относительную значимость метакогниций и связанных с ответственностью когниций для обсессивно-компульсивной симптоматики. Оба подтипа убеждений положительно коррелировали с симптомами, даже когда пересечение с беспокойством было проконтролировано. Связь между метакогницией и симптомами оставалась, когда учитывались одновременно и ответственность, и беспокойство, а связи между ответственностью и симптомами — нет.

Рассмотренные в этом разделе исследования являются кросс-секционными и не изучают относительные каузальные роли когниции и метакогниции в развитии симптомов психических расстройств. Однако, исследование, проведенное Нассиф (Nassif, 1999, Исследование 2), изучало лонгитюдные предикторы патологического беспокойства и ГТР за 12–15-недельный период. Мета-беспокойство, в отличие от беспокойства Типа 1, предсказывало наличие ГТР во время 2, когда статус ГТР во время 1 был проконтролирован. Что касается патологического беспокойства, негативные метакогнитивные убеждения предсказывали беспокойство во время 2, когда беспокойство во время 1 было учтено. Результаты свидетельствуют о том, что развитие ГТР предсказывает метакогниция (напр., беспокойство Типа 2 и негативные убеждения о мыслях), а не когниция (напр., беспокойство Типа 1).

В целом, исследования поддерживают идею о том, что метакогниции вносят вклад в эмоциональную уязвимость и симптомы, отличный от вклада когнитивных конструкторов. Более того, в некоторых случаях измеренные когнитивные конструкторы не объясняют дополнительную вариацию симптомов лучше, чем объясняет метакогниция.

Моделирование: данные от пат-анализов и моделирования структурными уравнениями

В нескольких исследованиях была поставлена прямая задача протестировать специфичные для расстройства метакогнитивные модели с помощью пат-анализа и моделирования структурными уравнениями (SEM). Эти исследования показали, что метакогнитивные модели либо имеют приемлемое соответствие с данными без модификаций, либо соответствие после минимальных, теоретически последовательных модификаций.

Папагеоргиу и Уэллс (Papageorgiou and Wells, 2001b) изучили связи между позитивными метакогнитивными убеждениями о руминации, руминацией и депрессией. Модель S-REF предполагает, что позитивные убеждения являются фундаментом CAS, который обуславливает психическое нарушение. Переводя это предположение в тестируемую форму, мы получаем диаграмму пути, где позитивные убеждения о руминации ведут к руминации, которая, в свою очередь, ведет к депрессии. Связь между позитивными метакогнициями и депрессией должна быть полностью или частично опосредована руминацией. Папагеоргиу и Уэллс (Papageorgiou and Wells, 2001b) показали, что эти данные действительны как для депрессии-состояния, так и для депрессии-черты в выборке непациентов.

Папагеоргиу и Уэллс (Papageorgiou and Wells, 2003) протестировали соответствие более полной метакогнитивной модели руминации (включая позитивные и негативные метакогнитивные убеждения) на двух выборках: выборке участников с депрессией и выборке участников без депрессии. В выборке с депрессией модель имела хорошее соответствие с данными. В этой модели позитивное убеждение о руминации вело к руминации, которая приводила к негативной

метакогниции и к депрессии. Связь между руминацией и депрессией была опосредована двумя областями негативных метакогнитивных убеждений: неконтролируемостью и опасностью и социальными последствиями. В группе без депрессии модель не вполне соответствовала данным. Согласно тестам, соответствие модели в неклинической выборке может быть улучшено, если включить прямые и косвенные пути между руминацией и депрессией. Косвенный путь был опосредован негативными метакогнициями о социальных последствиях руминации. Эти результаты предполагают, что прямые и косвенные влияния руминации на депрессию могут зависеть от того, страдают ли индивиды от депрессии в настоящий момент. В целом, данные показывают, что метакогнитивная модель, содержащая предварительно заданные, теоретически обоснованные пути, включающие позитивные и негативные метакогнитивные убеждения и руминацию, соответствует данным индивидов с депрессией.

Далее, Ролеофс и др. (Roleofs et al., 2007) протестировали модель депрессии на голландских студентах. Они обнаружили, что после некоторых теоретически непротиворечащих модификаций модель имела адекватное соответствие с данными. Результаты согласуются с метакогнитивной моделью депрессии, в которой учтены как прямые, так и косвенные связи между руминацией и депрессией, включая негативные метакогниции. Более того, эти авторы добавили связь к структурной модели, включив самонесоответствия, активирующие позитивные убеждения о руминации, и подразумеваемые в качестве механизма в оригинальной модели S-REF. Были получены данные, указывающие на то, что позитивные убеждения о руминации частично опосредуют связь между самонесоответствиями и руминацией. Эти результаты дополняют модель депрессии и приводят ее в соответствие с первоначальной моделью S-REF, поскольку подтверждают наличие связей между самонесоответствиями и стилями мышления, опосредованными позитивными метакогнитивными убеждениями.

Аналогичные аналитические стратегии применялись к тестированию специфичных метакогнитивных моделей

симптомов травматического стресса, обсессивно-компульсивного расстройства, генерализованной тревоги и злоупотребления алкоголем.

Руссис и Уэллс (Roussis and Wells, 2006) протестировали пат- модели взаимосвязей между метакогнитивными убеждениями, стратегиями контроля мыслей (беспокойством) и симптомами травматического стресса, предсказываемых метакогнитивной моделью ПТСР. Взаимосвязь между позитивными метакогнитивными убеждениями о беспокойстве и симптомами была опосредована склонностью использовать беспокойство в качестве стратегии контроля мыслей. Однако, взаимосвязь между негативными убеждениями о беспокойстве и стрессовыми симптомами не была опосредована использованием беспокойства. Этот паттерн результатов согласуется с метакогнитивной моделью, в которой симптомы активизируют негативные убеждения и интерпретации симптомов, в то время как позитивные метакогнитивные убеждения оказывают воздействие посредством копинг-стратегий индивида. В последующем исследовании (Roussis, 2007), моделирование структурными уравнениями подтвердило соответствие модели, в которой позитивные убеждения воздействуют на симптомы посредством стратегий беспокойства. Негативные убеждения были включены в циклические взаимосвязи: симптомы, в свою очередь, оказывают на них влияние посредством негативной интерпретации возникших мыслей.

Работы, посвященные обсессивно-компульсивным симптомам, показали, что метакогнитивная модель, отражающая взаимосвязи между убеждением о слиянии мыслей, оценкой и убеждениями о ритуалах и симптомах, хорошо соответствует данным, полученным на непациентах. Тесты альтернативных конкурирующих моделей взаимосвязей этих переменных не выявили соответствия данным (Myers, Fisher, & Wells, 2007).

При генерализованной тревоге взаимосвязь между негативными метакогнитивными убеждениями и принадлежностью к группе (с ГТР и без ГТР) опосредована частотой мета-беспокойства (Wells, 2005). Таким образом, патологическое беспокойство

соответствует модели, в которой негативные метакогнитивные убеждения ведут к увеличению частоты мета-беспокойства и ГТР.

Злоупотребление алкоголем также, по собранным данным, соответствует модели, основанной на S-REF. Спада и Уэллс (Spada and Wells, 2008b) сформулировали модель, в которой эмоции активизируют позитивные метакогнитивные убеждения об использовании алкоголя в качестве стратегии самоконтроля. При употреблении алкоголя самомониторинг снижается, и это говорит о косвенной связи между позитивными убеждениями и выпивкой. Также, проблемное пьянство связано с негативными убеждениями о неконтролируемости, которые имеют циклические взаимосвязи с употреблением алкоголя.

Протестировав взаимосвязи между эмоциями и никотиновой зависимостью, группа авторов (Spada, Nikcevic, Moneta, and Wells, 2007) показала, что метакогниции частично опосредуют эту взаимосвязь. Без метакогниций модель, связывающая эмоции с никотиновой зависимостью, больше не соответствовала данным.

Обобщение данных, подтверждающих метакогнитивную теорию

В целом, данные четко подтверждают роль CAS в различных психических расстройствах, определенную в метакогнитивной теории. Более того, были продемонстрированы четкие пагубные последствия беспокойства и руминации и метакогнитивно-сфокусированных поведенческих копинг-стратегий. В нескольких исследованиях была предпринята попытка манипулировать беспокойством и руминацией и изучить лонгитюдные последствия этих стратегий. Эти исследования показывают, что концептуальная переработка и метакогнитивный контроль такого рода имеют предсказанные негативные последствия для эмоций, адаптации и действий.

Данные поддерживают идею о том, что копинг-стратегии связаны с расстройством, и что метакогнитивно-сфокусированные копинг-стратегии являются одним из факторов, обуславливающих развитие расстройств после стресса.

Данные об аттентивных искажениях соответствуют модели индивидов, стратегически поддерживающих тревогу за счет угрозы. Не рассмотренные в данном разделе исследования, тем не менее, изобилуют данными о связях между повышенным самосфокусированным вниманием (маркером CAS) и психическими нарушениями (напр., Ingram, 1990; Wells & Matthews, 1994).

Тесты метакогнитивных моделей конкретных расстройств, а именно ПТСР, ГТР, депрессии и ОКР поддерживают связи с метакогнициями. Взаимосвязи также обнаруживаются для злоупотребления алкоголем, никотиновой зависимости и психозов. Тестирование детально сформулированных моделей предполагает, что в целом данные соответствуют моделям.

Теория и модели в основе МКТ поддерживаются растущей базой данных, благодаря применению различных методологий в выборках пациентов и непациентов. В целом данные согласуются между собой во всем спектре расстройств: тревожных, аффективных, психотических и связанных с зависимостями расстройств.

Подтверждение лечения

В оставшейся части главы я расскажу об исследованиях, в которых изучалась эффективность конкретных метакогнитивных терапевтических техник и терапии в целом. Начнем с тренировки внимания.

Эффективность тренировки внимания

Эффекты тренировки внимания были оценены с использованием формальных экспериментальных планов единичного случая и методологий клинических испытаний. Эти исследования подтверждают позитивное воздействие АТТ, как самостоятельной процедуры, на тревогу и настроение. Также в исследованиях изучалось влияние АТТ на основополагающие механизмы беспокойства/руминации и на метакогнитивные убеждения. Хотя АТТ не предназначена для того, чтобы быть самостоятельной терапией, предварительные данные показывают, что ее эффекты поразительно велики.

Уэллс (Wells, 1990) применил АТТ в исследовании единичного случая пациента с паническим расстройством и тревогой, вызванной релаксацией. После базового нетерапевтического периода АТТ коррелировала с редукцией и последующим исчезновением панических атак в первой АТТ терапевтической фазе. За ней последовала фаза аутогенной тренировки, нацеленной на устранение внешнего фокуса и возвращение телесного фокуса. Эта фаза коррелировала с возобновлением панических атак, которые прекратились после повторного применения АТТ. Достигнутые в лечении успехи поддерживались на последующих сессиях, проведенных через 3 и через 12 месяцев. Эффекты АТТ, противоположные эффектам аутогенной релаксации, позволяют предположить, что эффекты АТТ не просто объясняются релаксацией, а свидетельствуют об уменьшении самосфокусированной руминации и мониторинга симптомов.

В последующей серии систематически повторенных исследований с различными пациентами Уэллс, Уайт и Картер (Wells, White, and Carter, 1997) протестировали АТТ на двух случаях панического расстройства и одном случае социальной фобии. В случае социальной фобии была применена методология истинного возвратного планирования (true-reversal design): за первоначальной фазой АТТ следовала фаза телесно-сфокусированного внимания, после которой снова следовала фаза использования АТТ. Возвратив АТТ-механизмы и возобновив симптомы, авторы смогли убедиться, что АТТ имеет терапевтические эффекты, так как снова смягчила симптомы после их возвращения. В этом случае АТТ коррелировала с уменьшением тревоги и негативных убеждений. Этот эффект был отменен с помощью самосфокусированной манипуляции, но после повторного применения АТТ позитивные эффекты были восстановлены. В двух случаях панических расстройств, без возвратного планирования, АТТ коррелировала со значимым снижением количества панических атак и редукцией негативных убеждений. Во всех случаях достигнутые успехи поддерживались на посттерапевтических оценочных сессиях через 3 и 6 месяцев после окончания терапии.

Папагеоргиу и Уэллс (Parageorgiou and Wells, 2000) изучили воздействие АТТ у пяти последовательно поступивших пациентов с рекуррентным БДР. Продолжительность эпизода БДР составляла от 4 до 11 месяцев, а количество предыдущих эпизодов БДР разнилось от двух до четырех. Пациенты прошли базовый нетерапевтический период, составлявший 3–5 недель, и АТТ проводилась на 5–8 сессиях. В каждом случае было отмечено значительное улучшение в плане тревоги и депрессии. Достигнутые успехи поддерживались на посттерапевтических сессиях через 3, 6 и 12 месяцев после окончания терапии. Диагностический скрининг на сессии, проведенной через 12 месяцев, показал, что ни один из пациентов не соответствует критериям БДР. В этом исследовании были применены измерения автоматических мыслей, руминации, самофокуса и метакогниций. После лечения были зарегистрированы значительные снижения значений по всем этим параметрам, которые сохранились и при последующих оценках.

Папагеоргиу и Уэллс (Parageorgiou and Wells, 2008) изучили воздействие АТТ в трех случаях пациентов с ипохондрией. Нетерапевтический базовый период продолжался до тех пор, пока не была достигнута стабильность в измерении результатов. Три пациента сообщили, что страдают от ипохондрии в течение 11, 20 и 35 лет. У всех пациентов было отмечено значительное уменьшение частоты связанного со здоровьем беспокойства, убеждений о болезни и телесно-сфокусированного внимания в результате лечения. Улучшения сохранялись через 3 и 6 месяцев после окончания лечения. Также пациенты продемонстрировали значимое снижение значений по Шкале соматосенсорной сверхчувствительности (Somatosensory Amplification Scale; Barsky, Wyshak, & Klerman, 1990), измерению склонности к преувеличению и ошибочной интерпретации телесных ощущений.

Рандомизированное контролируемое исследование АТТ провели Кавана и Франклин (Cavanagh and Franklin, 2000). Они распределили пациентов с ипохондрией на две группы: первая получила шесть сеансов АТТ, а второй группе не было назначено никакого лечения. В контрольной группе улучшения симптомов выявлено не было. А в АТТ-группе отмечались значительные

улучшения по нескольким параметрам. Были значительные улучшения в степени беспокойства о здоровья, убежденности в заболевании и поведении, которые сохранялись в фазе после лечения и через 18 месяцев после его окончания. Исследователи пришли к выводу, что АТТ, по всей вероятности, является клинически эффективным методом лечения ипохондрии.

Группа авторов (Siegle, Ghinassi, and Thase, 2007) включили тренировку внимания в тренировочный пакет «когнитивного контроля». Пациенты с депрессией были случайным образом распределены либо в группу «тренировка внимания плюс обычное лечение», либо в группу «обычное лечение». Результаты оценивались по улучшению депрессивных симптомов и руминации. В субвыборке были изучены нейropsychологические эффекты с помощью функциональной МРТ и расширения зрачков. Пациенты, которые 2 недели получали тренировку внимания, продемонстрировали более сильное уменьшение депрессии и руминации, чем получавшие только обычное лечение. Улучшения через 2 недели лечения с АТТ были выше среднестатистических изменений, фиксируемых после обычной 6-недельной программы лечения депрессии. Предварительные данные фМРТ выявили нейropsychологические изменения активности миндалевидного тела в группе с АТТ-лечением. От дотерапевтических до посттерапевтических оценок реакции миндалины правого полушария росли в ответ на позитивные слова и снижались в ответ на негативные и нейтральные слова.

Группа ученых (Valmaggia, Bouman, and Schuurman, 2007) изучила обоснованность применения АТТ для лечения слуховых галлюцинаций у пациентов, страдающих от шизофрении и ранее не дававших никакого ответа на психологическое вмешательство. По-видимому, во время АТТ-лечения улучшения были, но поскольку базового периода не было, выводы невозможны. Тем не менее, данные указывают на то, что АТТ может использоваться для этой клиентской группы и закладывают основу для будущих исследований в этом направлении.

В целом, данные об эффектах АТТ являются надежными для ряда расстройств. Эффекты являются четко воспроизводимыми и указывают на корреляцию между кратковременной модификацией внимания и редукцией тревожных и депрессивных симптомов. По всей вероятности, техника оказывает положительное действие при беспокойстве, руминации и негативных метакогнитивных убеждениях. В настоящее время доказательная база, полученная на основе контролируемых исследований, ограничена, но доступна для таких расстройств, как ипохондрия и депрессия. Эти исследования показывают, что АТТ в качестве монотерапии или в комбинации с обычным лечением была эффективной.

Эффективность стратегий метакогнитивной экспозиции

Помимо более интенсивных терапевтических техник, таких как АТТ, метакогнитивная терапия включает ряд специально разработанных терапевтических стратегий, нацеленных на фасилитацию когнитивных и эмоциональных изменений. Эти техники являются частью метакогнитивной экспозиции.

Метакогнитивная экспозиция является краткосрочной, имеет эксплицитную метакогнитивную цель и использует такие техники, как внутриситуационная фокусировка внимания и отстраненная осознанность для поддержания изменений. Какие есть доказательства того, что эти подходы более эффективны, чем кратковременная экспозиция сама по себе?

Уэллс и Папагеоргиу (Wells and Papageorgiou, 1998a) изучили относительные эффекты кратковременной экспозиции, имевшей в качестве своей цели габитуацию, в сравнении с эффектами экспозиции, имевшей целью переключить пациента с самопереработки на внешнее социальное окружение. В перекрестном исследовании с повторными измерениями пациенты с социальной фобией продемонстрировали значимо большую редукцию тревоги и негативных убеждений в группе внимания, чем в группе экспозиции. Эти результаты подтверждают большую эффективность метакогнитивной экспозиции, при которой стилем внимания манипулируют с целью фасилитации научения.

В другой оценке метакогнитивной экспозиции при ОКР Фишер и Уэллс (Fisher and Wells, 2005) протестировали относительные эффекты краткосрочной экспозиции с предотвращением реакций, проведенной как метакогнитивный эксперимент, в сравнении с эффектами экспозиции с предотвращением реакций с целью габитуации. Экспозиция заключалась в прослушивании записанной аудиозаписи навязчивых мыслей. Цель габитуации предполагала, что испытуемые не должны были избегать мыслей при помощи их нейтрализации, чтобы они смогли ощутить, как уменьшается тревога. При постановке метакогнитивной цели подчеркивалось, что пациенты убеждены в важности навязчивых мыслей, и чтобы они могли убедиться в обратном, они должны отказаться от выполнения ритуалов в ответ на мысли. Обе цели были признаны в равной степени оправданными. При метакогнитивной экспозиции с предотвращением реакций тревога, побуждение к нейтрализации и негативные убеждения снижались гораздо эффективнее, чем в группе габитуации.

Эти первоначальные выводы согласуются с идеей о том, что специфичные метакогнитивные техники, такие как ситуационная аттентивная рефокусировка и метакогнитивные эксперименты, могут приводить к значительному уменьшению тревоги и убеждений. Более того, эти эффекты невозможно объяснить общими факторами, например надежными обоснованиями и ожиданиями или кратковременной экспозицией вызывающим страх стимулам. Эффекты метакогнитивной проведенной экспозиции шире, чем эффекты простой кратковременной экспозиции.

Эффективность МКТ в целом

На данный момент несколько исследований эффективности МКТ имеют статус завершенных, а несколько еще продолжаются. В этих исследованиях оценивалась эффективность МКТ при ГТР, социальной фобии, ПТСР, ОКР и БДР.

В открытом клиническом исследовании пациентов, страдающих от генерализованного тревожного расстройства, диагностированного по DSM-IV, Уэллс и Кинг (Wells and King, 2006) назначали пациентам от 3 до 12 ежедневных сессий МКТ,

продолжительностью 45–60 минут. Выборка была набрана из пациентов, направленных за психологической помощью врачами общей практики и психиатрами. У 50% пациентов было более одного диагноза, 40% соответствовали критериям еще одного депрессивного расстройства. Ни один из пациентов не тестировался на наличие проблем по Оси II. Продолжительность ГТР варьировала от 2 до 60 лет. Дотерапевтические значения личностной тревоги и беспокойства были сопоставимы с таковыми в других клинических исследованиях. Состояние всех пациентов улучшилось в результате МКТ, и эти улучшения были существенными и статистически значимыми. Величины эффектов после лечения были весьма значительными: ВАИ = 1,82; личностная тревожность = 2,78; мета-беспокойство = 1,47; социальное беспокойство = 1,13; беспокойство о здоровье = 1,12; и BDI = 1,41. Величины эффектов оставались на таком же уровне через 6 и 12 месяцев после окончания лечения. Использование критериев клинически значимых изменений при личностной тревожности показало, что 87% пациентов выздоровели в результате лечения, и все пациенты соответствовали критериям клинически значимого улучшения. Через 6 и 12 месяцев после лечения 75% пациентов оставались в ремиссии.

В рандомизированном исследовании МКТ сравнивалась с прикладной релаксацией при лечении пациентов с ГТР (Wells, Welford, King, Papageorgiou, Wisely, & Mendel, 2008). Результаты показали, что МКТ была эффективнее прикладной релаксации по параметрам тревоги, беспокойства и негативных метакогнитивных убеждений. Величины эффектов МКТ были весьма значительными, а доля выздоровевших составила 80% сразу после лечения и 70% через 6 и 12 месяцев после лечения, по оценке параметра личностной тревожности. Доля выздоровевших составила 80% сразу после лечения и 70 и 80% при последующих оценках с применением Опросника беспокойства Пенсильванского университета. Эти показатели выше, чем совокупные показатели выздоровления в предыдущих исследованиях с применением прикладной релаксации, когнитивной терапии и КПТ (см. Fisher, 2006).

Кларк и Уэллс (Clark and Wells, 1995) оценили эффективность

когнитивной терапии социальной фобии, частично базирующейся на метакогнитивной модели. Проанализированные исследования показывают, что терапия является эффективной. Кларк с коллегами (Clark et al., 2003) сравнили действие монотерапии флуоксетином, ингибитором обратного захвата серотонина, с действием терапии «флуоксетин плюс экспозиция» и «плацебо плюс экспозиция». По параметру социальной фобии когнитивная терапия показала гораздо лучшие результаты, чем другие группы; этот эффект держался и 1 год спустя. Тем не менее, в своей оригинальной форме, оцененной в этих исследованиях, терапия является мультимодальной и включает помимо МКТ-стратегий и традиционные КПТ-техники.

С намерением улучшить и сократить лечение социальной фобии Уэллс и Папагеоргиу (Wells and Papageorgiou, 2001) вернулись к исследованию метакогнитивного базиса лечения и протестировали его более метакогнитивную форму. В серии репликационных исследований единичного случая (всего 6 пациентов с социальной фобией) краткосрочная терапия доказала свою эффективность – у всех пациентов были значительные улучшения. Достигнутые успехи сохранялись при последующих оценках. Средний уровень улучшения составил 13,8 (57%) по Шкале страха негативной оценки и 12,8 (62%) по Шкале социального избегания и дистресса. Результаты были достигнуты в среднем за 5,5 терапевтических сессий (разброс от 4 до 8), продолжительностью 45–60 минут.

Эффективность МКТ при ПТСР изучалась в нескольких исследованиях. Уэллс и Сэмби (Wells and Sembi, 2004b) лечили шесть последовательно поступивших пациентов с ПТСР, диагностированным по критериям DSM-IV, используя дизайн эксперимента А-В с последующей прямой репликацией. Последующие оценки проводились через 3 и 6 месяцев после лечения и в более отдаленном периоде – через 18–41 месяц. Пациенты были жертвами сексуальных или насильственных преступлений и страдали от ПТСР в течение 3–10 месяцев. Во всех случаях лечение значительно уменьшило травматический стресс, тревогу и симптомы депрессии. Средний уровень улучшения симптомов, измеренный по Шкале оценки влияния

травматического события (Impact of Events Scale; IES), составил 83%, и 69% по Пенсильванскому опроснику. Затем к серии были добавлены еще два случая последовательно поступивших пациентов, и величины эффектов после лечения варьировали от 3 до 5. Ни один из пациентов не соответствовал критериям ПТСР согласно оценкам, проводившимся через 3, 6 и далее месяцев.

В последующем открытом исследовании случаев хронического ПТСР Уэллс и Уэлфорд (Wells, Welford, et al., 2008) провели лечение 12 пациентов со средней продолжительностью 8,5 сессий. В этих случаях длительность ПТСР варьировала от 6 до 39 месяцев. Существенные и статистически значимые улучшения были зарегистрированы по параметрам симптомов травматического стресса, тревоги и депрессии. Достигнутые успехи сохранялись через 3 и 6 месяцев после окончания лечения. Применение стандартизированных критериев выздоровления показало, что, согласно оценке по IES, через 6 месяцев 89% пациентов имели достоверное улучшение или продемонстрировали полное выздоровление.

Колбеар и Уэллс (Colbear and Wells, 2008) провели рандомизированное контролируемое исследование МКТ при ПТСР. Пациенты были случайным образом распределены по двум группам: либо поставлены на лист ожидания, либо получили МКТ. Пациенты из контрольной группы не продемонстрировали практически никакого улучшения симптоматики за период ожидания, в то время как получившая терапию группа продемонстрировала значимое улучшение по всем измерениям симптомов. Анализ клинических значимых изменений показал, что 80% получивших терапию пациентов выздоровели, а еще 10% имели достоверное улучшение, по шкале IES. По той же шкале из группы ожидавших 10% имели достоверное улучшение, и выздоровевших не было.

Эффективность МКТ в лечении ОКР оценивалась на взрослой и детской популяциях. Фишер и Уэллс (Fisher and Wells, 2008) использовали серию прямых репликаций для изучения эффективности лечения в четырех случаях ОКР, диагностированного по DSM-IV. Сначала пациенты прошли

базовый дотерапевтический период, длившийся 3–4 недели и законченный по достижении стабильности базовых измерений. Далее пациенты еженедельно получали МКТ (от 12 до 14 сессий). Динамика отслеживалась через 3 и 6 месяцев после окончания лечения. Во всех случаях значения ОКР и метакогниций сразу после лечения и при последующих оценках продемонстрировали значимые улучшения. Все четыре пациента соответствовали стандартизированным критериям выздоровления сразу после лечения (Обсессивно-компульсивная шкала Йеля — Брауна (Y-BOCS), предельное значение = 14, достоверное изменение = 10). Один пациент больше не соответствовал критериям ремиссии через 6 месяцев, но все еще демонстрировал достоверное улучшение. Еще у одного пациента собрать данные через 6 месяцев не удалось, но остальные двое сохранили статус ремиссии.

Симонс, Шнайдер и Херпетц-Дальманн (Simons, Schneider, and Herpertz-Dahlmann, 2006) изучили эффективность метакогнитивной терапии ОКР у детей и подростков. Десять детей и подростков были случайным образом распределены либо в группу МКТ, либо в группу экспозиции и предотвращения реакции. Лечение сочетало метакогнитивную терапию, описанную в данной книге, с элементами КПТ, поэтому относительный вклад модальностей выделить невозможно. Тем не менее, данные указывают, что это лечение может быть полезной альтернативой экспозиции с предотвращением реакций.

Рис и ван Коесфельд (Rees and van Koesfeld, 2008) провели открытое исследование групповой МКТ для пациентов, страдающих ОКР. Результаты оценивались с помощью Y-BOCS, метакогниции оценивались с помощью MCQ-30. Статистически значимые улучшения были обнаружены в измерениях симптомов ОКР после лечения. На момент оценки через три месяца после окончания лечения достигнутые успехи сохранялись. Также было зафиксировано снижение значений по некоторым субшкалам метакогниций; по субшкале убеждений о необходимости контролировать мысли сниженные значения поддерживались согласно оценкам, проведенным при последующем наблюдении.

Величины эффектов после лечения и при последующем наблюдении по Y-BOCS составили 2,28 и 3,57, со средней редукцией 62% по Y-BOCS при последующем наблюдении. В соответствии с критериями порогового значения по Y-BOCS, 40% пациентов были в ремиссии после лечения, а через 3 месяца критериям выздоровления соответствовали уже 95%. Это исследование ограничено из-за отсутствия контрольной группы, но значимое улучшение, зафиксированное через 3 месяца после окончания лечения, весьма интересно и может быть интерпретировано как случайная флуктуация или как спонтанная ремиссия. Тем не менее, эти результаты согласуются с высокой эффективностью МКТ.

Возвращаясь к БДР, результаты двух исследований предоставляют предварительные доказательства эффективности МКТ. В исследовании с А-В планом с множественным базисом пациенты получали от 6 до 8 сессий МКТ (Wells, Fisher, et al., 2008). Показатели депрессии, тревоги и метакогниций существенно улучшились. Например, средний показатель по BDI до лечения составлял 24,35, а средний показатель после лечения составил 6,5. Сразу после лечения и через три месяца после него все пациенты соответствовали стандартизированным критериям выздоровления по BDI. Через 6 месяцев один из пациентов превысил пороговое значение для выздоровления, но продолжал демонстрировать статистически значимое улучшение. Несмотря на то что данные предварительные и собраны на ограниченной выборке, они согласуются с последующими оценками.

За серией исследований по плану с множественным базисом последовало открытое исследование эффективности МКТ для лечения пациентов, страдающих от БДР (Wells, Fisher, et al., 2008). Лечение привело к значительному улучшению депрессивной и тревожной симптоматики, что было оценено по самоотчетам и интервью. Лечение коррелировало с сильной редукцией руминации и дезадаптивных метакогнитивных убеждений. В соответствии с формальными критериями клинической значимости изменений и ремиссии, 75% пациентов были в ремиссии на момент завершения лечения и 66% оставались в ремиссии через 6 месяцев после окончания лечения,

по Шкале Гамильтона для оценки депрессии в выборке всех рандомизированных пациентов.

В целом, количество исследований, посвященных эффективности конкретных техник МКТ и МКТ в целом, растет. В этих исследованиях используются различные методологии: формальное исследование единичного случая, открытое клиническое исследование, рандомизированное сравнительное исследование. Можно сделать общий вывод о том, что МКТ является эффективным терапевтическим подходом. Эффективность была доказана для ряда расстройств, величины эффектов значительны, а успех стабилен, как показывают оценки, проведенные через 6 и 12 месяцев. Данные о достигнутых результатах ограничены относительно небольшим количеством рандомизированных оценок, но несколько исследований проводятся в настоящий момент. Долговременная стабильность лечебных эффектов еще не оценивалась.

Заключение

В этой главе была кратко представлена доказательная база метакогнитивной теории, техник и лечения. В целом, база данных собрана большая. В данной главе были рассмотрены не все исследования. Например, не были рассмотрены работы, в которых доказывается, что самоосознание (предлагаемый маркер для CAS) и его эквивалент в виде состояния, вызванное самоосознанием, положительно коррелирует с эмоциональной уязвимостью и психическими расстройствами (напр., Carver & Blaney, 1977; Fenigstein & Vanable, 1992; Ingram, 1990; Wells, 1985).

На данный момент больше собрано данных, подкрепляющих теорию, чем данных, подкрепляющих лечение. Более того, данные о лечении базируются в основном на небольших экспериментальных оценках. Это неизбежное последствие системного подхода, который мы выбрали для разработки и оценки лечения.

Наша стратегия заключалась в том, чтобы скомбинировать построение теории на основе научной литературы и клинические наблюдения, в качестве точки отсчета. За этим последовало

тестирование базовой метакогнитивной теории, моделирование и оценка, разработка и оценка конкретных терапевтических техник и разработка и оценка методов лечения посредством исследований единичного случая, а затем исследований результатов терапии (outcome trials). Этот подход согласуется с прогрессивной моделью клинического исследования (Agras & Berkowitz, 1980).

Исследования, посвященные лечению, явно указывают на эффективность МКТ. Большинство пациентов демонстрируют достоверное улучшение или ремиссию во время лечения. Эффективность доказана для ряда расстройств, поэтому данные могут быть генерализованы.

В целом, база данных является веским основанием для продолжения применения и оценивания МКТ. Это новый и развивающийся подход, родившийся из системного построения моделей и проверки гипотез, что привело к теоретически обоснованным техникам и применению. Будущие контролируемые исследования должны определить, эффективна ли терапия, проводимая без привязки к ее первоначальному месту возникновения, и каковы ее долговременные эффекты.

Глава 11

Заключительные мысли

Принципы и терапия, представленные в этой книге, являются итогом научно-исследовательских разработок, нацеленных на создание научно-обоснованной концепции и терапии психических расстройств. Этот подход возник вследствие неудовлетворенности существующими психотерапевтическими подходами, которые не учитывают важные характеристики дезадаптивного мышления и факторы, которые его контролируют.

Психологические виды лечения, как правило, состоят из комбинаций методов лечения, полученных из различных источников. Терапевты используют техники, эффективность которых проверена опытным путем. Эта система предлагает прагматичный подход к разработке программ вмешательств, но не позволяет достичь значимого прогресса в понимании расстройств и разработать эффективные виды лечения. Значимый прогресс может быть достигнут за счет видов лечения, базирующихся на моделях того, как когниции контролируются и замыкаются на дисфункции. Динамическая модель дезадаптивной переработки и ментального контроля, предлагаемая метакогнитивной теорией, образует фундамент для разработки теоретически обоснованных терапевтических техник, более точно нацеленных на четко определенные каузальные психологические механизмы и процессы.

Например, мы видели, что техника тренировки внимания (АТТ) и отстраненная осознанность (DM) были разработаны для того, чтобы достичь большего метакогнитивного контроля над переработкой, прервать персеверативное самосфокусированное беспокойство и руминацию и усилить альтернативные метакогнитивные переживания мыслей. Более того, описанные в этой книге специфичные техники были разработаны для модификации ошибочных и непродуктивных метакогнитивных убеждений и планов для переработки.

Метакогнитивный подход предполагает наличие общего стиля мышления, когнитивно-аттентивного синдрома (CAS), у ряда психических расстройств. CAS состоит из беспокойства и руминации, аттентивного мониторинга угроз и поведенческих копинг-стратегий, приводящих к обратным результатам, поскольку их эффекты препятствуют эффективной саморегуляции и не позволяют внести коррективы в опыт. CAS оказывает ряд негативных эффектов на эмоциональное выздоровление и восстановление. Он нарушает нормальную эмоциональную переработку, замыкает когниции на предполагаемых источниках внутренней и внешней угрозы и усиливает негативные оценки и убеждения.

Для большинства людей негативные мысли и эмоции являются преходящими переживаниями. Если у них вдруг активируется CAS, он быстро берется под контроль, и применяются альтернативные и более адаптивные копинг-стратегии. При психическом расстройстве взять CAS под контроль не удастся, а гибкость в применении альтернативных стилей мышления и реагирования отсутствует. CAS активируется для совладания с мыслями, эмоциями и самонесоответствиями, а гибкость нарушена из-за отсутствия метакогнитивного осознания активности и из-за метакогнитивных убеждений. Что важнее всего, уязвимый индивид замыкается на CAS вследствие комбинации позитивных метакогнитивных убеждений (напр.: «Я должен беспокоиться, чтобы избежать угрозы») и негативных метакогнитивных убеждений (напр.: «У меня нет контроля над беспокойством»). Позитивные метакогниции способствуют постоянному и частому применению дезадаптивных стилей, таких как беспокойство и руминация, в то время как негативные метакогнитивные убеждения ведут к неудачным попыткам эффективного контроля и к восприятию внутренних событий как угрожающих (что вызывает еще более сильный дистресс).

В книге я рассказал о том, что CAS является стратегической формой переработки и копинга, осуществляемой в режиме реального времени (online). Он включает стратегии индивида для противостояния угрозе. Таким образом, концепция копинга и специфичного мыслительного стиля связывает убеждения

индивида с аффективным расстройством. Многие копинг-стратегии, применяемые при психическом расстройстве, являются метакогнитивными стратегиями, включая контроль над мыслями посредством их подавления и использование аттентивных и персеверативных концептуальных стратегий.

И позитивные, и негативные метакогнитивные убеждения влияют на оценку угрозы. Например, позитивное убеждение «Я должен уделять внимание опасности, чтобы ей не подвергнуться» поддерживает ощущение угрозы, а негативное убеждение «Я не контролирую свои мысли» не дает индивиду возможности отказаться от непродуктивных стилей мышления. Более того, негативные убеждения, такие как «от этих мыслей я могу утратить рассудок» поддерживают ощущение наличествующей угрозы и делают его сильнее. Таким образом, каждая из этих областей метакогнитивных убеждений вносит свой вклад в устойчивую переработку угрозы или самонесоответствия, способствующую негативным эмоциям.

Общей для метакогнитивной теории и более традиционной когнитивной теории (теории схем) является идея о том, что убеждения индивида влияют на ментальную переработку. Но метакогнитивная теория имеет существенные отличия от теории схем, в особенности в том, что касается специфичной роли метакогнитивных убеждений.

В то время как теория схем относит расстройство на счет общих социальных убеждений, метакогнитивная теория подчеркивает, что основное влияние на мышление и на психическое расстройство оказывают метакогнитивные убеждения. Другие различия также очевидны. Теория схем фокусируется на содержании мыслей, а метакогнитивная теория фокусируется на стиле мышления и формулирует специфичный когнитивно-аттентивный синдром. Лечение, основанное на теории схем, не делает явного фокуса на тренировке метакогнитивных способов переживания внутренних событий, а метакогнитивная терапия фокусируется как раз на этом. В метакогнитивной теории когнитивная архитектура дифференцируется на несколько уровней информационной переработки, а в теории схем этого

нет. Это может быть очень важным, поскольку расположение расстройства в одной из ментальных подсистем оказывает влияние на разработку терапевтических техник. В частности, объяснение расстройства преимущественно иерархически организованными механизмами дает основания для оптимизма и порождает конкретные подходы к модификации таких процессов, как беспокойство и руминация. Также это открывает возможность для создания прогнозов относительно влияния стратегических процессов на низкоуровневую (подкорковую) активность.

В теории схем не проводится различий между когнитивной и метакогнитивной подсистемами, а в метакогнитивной теории это различие является ее основанием, и лечение нацелено на метакогнитивный уровень. Теория схем фокусируется на декларативных убеждениях, а метакогнитивная теория считает, что убеждения существуют в декларативной и процедурной форме, причем последняя не всегда имеет прямое вербальное выражение. Теория схем характеризует искаженные сознательные оценки как негативные автоматические мысли (negative automatic thoughts, NAT), а метакогнитивная теория фокусируется на цепочках концептуальной переработки и замкнутых размышлений, в которые вплетаются более краткие («телеграфные») интрузивные мысли. Метакогнитивная теория рассматривает NAT как триггеры CAS, а не как непосредственную причину расстройства. Таким образом, метакогнитивная теория различает между типами сознательной мысли, которые имеют разные функциональные связи со знаниями и эмоциональными последствиями. В других когнитивно-поведенческих терапиях различий между разными типами мышления, как правило, не делается.

Хотя метакогнитивный подход базируется на том принципе, что все расстройства обладают сходными патологическими механизмами, он также признает наличие содержательной специфики на когнитивном и метакогнитивном уровнях. Например, генерализованное тревожное расстройство (ГТР) состоит из негативных убеждений о неконтролируемости и опасности беспокойства. А обсессивно-компульсивное

расстройство (ОКР) состоит из негативных метакогнитивных убеждений о значимости и силе интрузивных мыслей. Таким образом, фузионные убеждения больше характерны для ОКР, чем для ГТР.

Как показывают специфичные для расстройств модели, метакогнитивная модель учитывает, что CAS проявляется немного по-разному при разных расстройствах, что лучшего всего отражают специфичные формулировки. Несмотря на эти вариации, метакогнитивный подход пригоден в качестве трансдиагностического терапевтического подхода. В нашей ранней работе (Wells & Matthews, 1994) мы доказывали необходимость создания единого общего лечения, которое можно было бы применять как вмешательство первой линии для всех аффективных расстройств. В следующем разделе я раскрою природу этого гипотетического подхода, хотя в настоящее время он остается непроверенным.

Описание трансдиагностического лечения

Оно из следствий метакогнитивного подхода – возможная разработка единого стандартного лечения, эффективного для ряда расстройств. Преимущество такого подхода в его простоте: всего одна модель использовалась бы как базис для формулировки и лечение могло бы применяться более регламентированно. Хотя подход не показал бы оптимальной терапевтической эффективности, для которой нужны специфичные, основанные на модели формулировки, он мог бы быть подходом первой линии ступенчатой модели оказания помощи, особенно в случае умеренных расстройств и расстройств на подпороговой стадии. Пациентам с умеренным расстройством можно было бы предложить сначала стандартное (общее) лечение, а потом, если возникнет необходимость, более специфичное.

Недостатки подобного подхода с лихвой компенсируются большей доступностью лечения. Однако, следует помнить, что общий подход такого рода не был оценен и является умозрительным. Потенциальная опасность заключается в том, что неудача любого стандартного лечения может повлечь за

собой резистентность пациента к последующим специфичным МКТ-вмешательствам.

Единое общее лечение должно фокусироваться на модификации CAS. Как могло бы выглядеть общее лечение, направленное на CAS? Вероятно, оно состояло бы из следующих компонентов:

1. Использование универсальной модели для формулировки случая;
2. Социализация в роль CAS в поддержании проблемы;
3. Тренировка отстраненной осознанности (DM) и тренировка внимания (АТТ);
4. Устранение беспокойства и руминации;
5. Устранение аттентивного мониторинга угроз;
6. Устранение дезадаптивных копинг-стратегий;
7. Многократное применение новых стилей мышления.

Устранение CAS достигалось бы за счет комбинации техник, в которую бы входили:

1. Развитие метакогнитивного осознания и навыков метакогнитивного переживания с помощью DM и АТТ;
2. Оспаривание метакогнитивных убеждений о неконтролируемости;
3. Оспаривание позитивных убеждений об использовании стратегий;
4. Оспаривание негативных убеждений об опасности мысли/эмоции;
5. Откладывание на потом беспокойства/руминации и отказ от них;
6. Отказ от мониторинга угроз;
7. Отказ от дезадаптивных копинг-стратегий и повышение притока корректирующей информации и ее переработки (напр., Р-Е-Т-S).

Универсальная формулировка

Если цель заключается в лечении CAS, тогда нужна такая формулировка, которая включала бы причины и последствия CAS таким образом, чтобы можно было объяснить сохранение всех расстройств. Поскольку специфичные для расстройства модели базируются на базовой метакогнитивной модели (S-REF), разумно начать с возвращения к модели S-REF и представления ее характеристик в форме, которая подходит для общей формулировки случая. Чтобы удовлетворять целям формулировки, клиническая модель должна эффективно объяснять сохранение расстройства, причем объяснять таким образом, чтобы клиенты легко ее поняли и чтобы она смогла стать опорной точкой для изменения.

При разработке общей формулировки встает проблема выбора между точностью и простотой, каковой нет у специфичных для расстройства моделей, описанных в этой книге. Поэтому общую модель лучше рассматривать, как клинический эвристический подход, а не как строго определенную модель.

Предварительная общая формулировка случая на основе модели S-REF схематически представлена на рис. 11.1. Формулировка состоит из четырех элементов: метакогнитивных убеждений, CAS, эмоций и отношения к себе и к миру.

Метакогнитивные убеждения включают в себя негативные убеждения о неконтролируемости мыслей и опасности мыслей и эмоций. Кроме того, они включают позитивные убеждения о важности контроля мыслей, беспокойства/руминации и мониторинга угроз.

CAS состоит из обычных беспокойства и руминации, внимания к угрозе и непродуктивных поведенческих копинг-стратегий.

Эмоции включают в себя аффект (тревогу, депрессию, гнев) и связанные с ним симптомы: соматические (напр., потение, усталость), когнитивные (напр., плохая концентрация, диссоциация) и поведенческие (напр., нарушения сна, моторное беспокойство).

Отношение к себе и к миру состоит из убеждений о себе и о мире, которые есть у индивида вне области метакогнитивного содержания. Например: «Я ранимый», «Мир – опасное место», «Люди будут смеяться надо мной», «Будущее бесперспективно», «У меня слабое сердце». Эти знания формируют содержание беспокойства/руминации, но не являются движущей силой процесса, который возникает вследствие метакогниций.

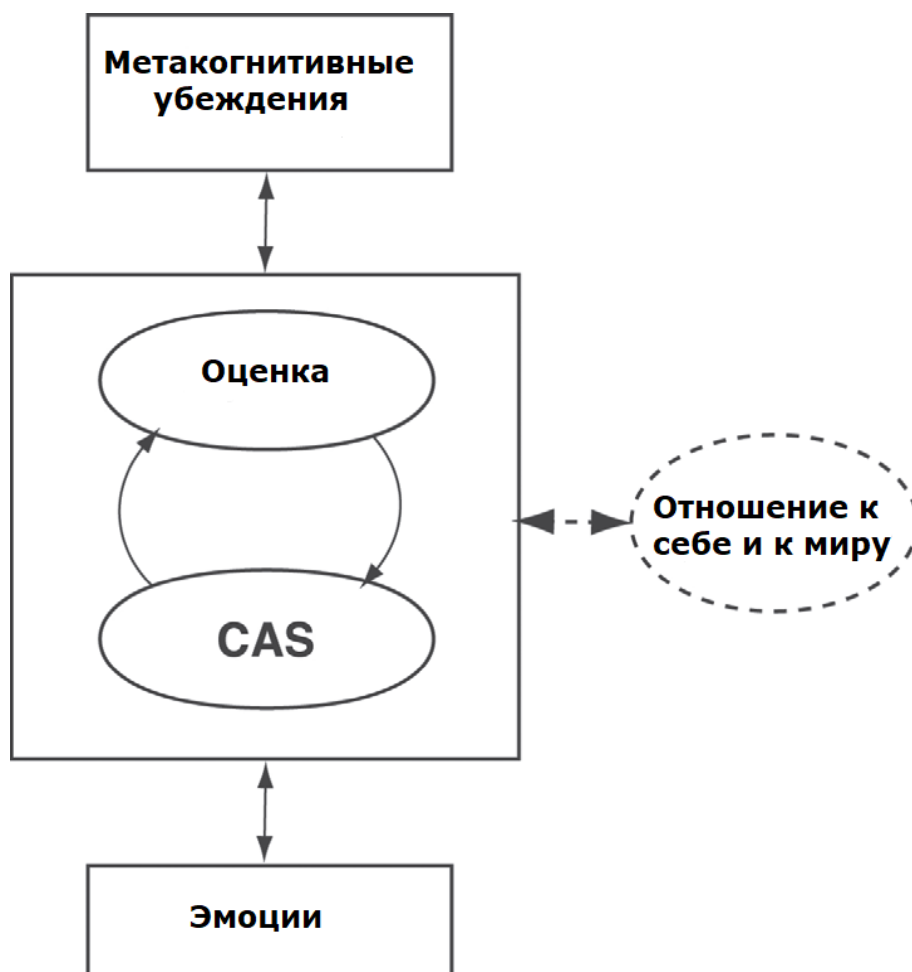


Рис. 11.1. Схема гипотетической универсальной формулировки случая

Что обозначают стрелки в модели? Двусторонняя стрелка, соединяющая метакогнитивные убеждения и CAS, представляет влияние метакогнитивных убеждений на стиль мышления. CAS определяется оценками позитивных и негативных метакогниций. Например, убеждения о положительном значении беспокойства и убеждения об отсутствии контроля над процессом повлияют на выбор и устойчивость CAS. В свою очередь, активность CAS может усилить или модифицировать метакогниции. Например,

повторяющееся беспокойство может продлевать ощущение угрозы или блокировать эмоциональную переработку, что усиливает интрузивные мысли, подкрепляя ощущение потери контроля.

Двусторонняя стрелка, соединяющая эмоции с оценкой/CAS обозначает, что эмоции активизируют саморегуляторную переработку таким образом, что оценки/CAS могут усилить, поддержать или ослабить эмоции. Например, удержание внимания на потенциальных источниках межличностной опасности поддерживает активизацию тревожной программы.

Циклическая взаимосвязь между оценками и CAS обозначает, что негативные оценки поддерживаются внимательными и персеверативными мыслительными процессами и могут быть их результатом.

Пример подобной формулировки для пациента с ипохондрией и паническими атаками приведен на рис. 11.2. В этом примере тревога усиливается и поддерживается CAS, который состоит из беспокойства в форме мыслей о возможных будущих панических атаках и ситуациях, которые могут их вызвать. Мониторинг угроз состоит из фокусировки на телесных ощущениях/реакциях, в данном случае, на дыхании. Пациент убежден, что, мониторинг дыхания позволит ему обнаружить отклонения от нормы и восстановить правильное дыхание. Есть убеждения о необходимости контроля над связанными с паникой мыслями и позитивное убеждение о важности негативных интерпретаций телесных ощущений (напр.: «Если я буду предполагать самое худшее на основании ощущений, это может меня спасти»).



Рис. 11.2. Пример формулировки случая ипохондрии с паническими атаками

В случае, представленном на рис. 11.2., наше гипотетическое лечение фокусируется на устранении CAS, оспаривании метакогниций и на изменении процессов, поддерживающих ошибочные интерпретации. Катастрофические интерпретации создаются или подкрепляются посредством CAS. Блокирование этого процесса у пациента и его обучение тому, как применять

DM к внутренним спонтанным ощущениям, должно быть фокусом лечения. Стилль ошибочной интерпретации симптомов также связан с позитивными метакогнитивными убеждениями о «худших предположениях», поэтому такие метакогниции должны быть мишенью лечения.

Как и при стандартной КПТ, лечение может включать конфронтацию с телесными ощущениями, но эта конфронтация должна иметь метакогнитивную цель – изменить способ отношения индивида к симптомам, в дополнение к оспариванию убеждений или вместо него. Важное отличие МКТ от КПТ: непосредственной мишенью терапии являются процессы беспокойства и руминации, которые рассматриваются как самостоятельные и отделяются от более дискретных ошибочных интерпретаций симптомов. Таким образом, пациенты учатся переживать свои ошибочные интерпретации и симптомы и реагировать на них на более низком уровне концептуальной активности, с тем чтобы отказаться от попыток устранить угрозу.

Какие типы вопросов должен задавать терапевт, чтобы получить релевантный материал для стандартной формулировки? Некоторые предложения приведены ниже. При составлении формулировки терапевт, прежде всего, спрашивает об эмоциональных симптомах, затем о CAS, затем о метакогнитивных убеждениях и, наконец, определяет отношение к себе и к миру. Эту последовательность можно операционализировать с помощью следующих вопросов:

Эмоции

«Что вы чувствовали?»

«Какие симптомы вы заметили?»

«Какие физические симптомы вы заметили?»

«Какие психические симптомы вы заметили?»

«Изменилось ли ваше поведение?»

CAS

«Вы беспокоились о ваших симптомах? В чем это выражалось?»

«Вы уделяли больше внимания вещам, которые вызывали у вас опасения? Как вы это делали?»

«Вы пытались контролировать свои мысли и эмоции? Как?»

«Вы интерпретировали события в негативном ключе?»

«Вы предавались длительным размышлениям о конкретных симптомах или опасениях?»

«Что вы делали, чтобы устранить опасность или угрозу?»

Метакогнитивные убеждения

«Помогает ли вам беспокойство?»

«Вы можете перестать беспокоиться?»

«Есть ли преимущества у того, чтобы размышлять о симптомах/тревоге/ситуациях?»

«Есть ли преимущества у того, чтобы уделять внимание угрозе/своему телу/ощущениям?»

«Почему вам важно контролировать свои мысли/эмоции/телесные функции?»

«Каковы преимущества у того, чтобы думать негативно о своих симптомах/о себе/о мире?»

«Что самое худшее может случиться, если вы продолжите чувствовать себя подобным образом/думать подобным образом?»

«Каковы преимущества беспокойства/руминации?»

Отношение к себе/к миру

«Когда вы беспокоитесь/размышляете о проблемах, что вы думаете о себе?»

«Когда вы беспокоитесь/без конца размышляете о чем-то, к какому выводу вы приходите относительно себя или своей ситуации?»

На рис. 11.1. метакогнитивные убеждения представлены отдельно от «отношения к себе/к миру», которое представляет более общие неметакогнитивные убеждения. Этот элемент не является обязательным для всех случаев.

Нейробиология и МКТ

Какие гипотезы выдвигает модель S-REF относительно нейробиологии эмоций, а также структур и процессов, вовлеченных в аффективное расстройство? Во-первых, она предсказывает, что эмоция — это системное свойство взаимодействий между сознательной кортикальной переработкой и рефлексивной переработкой. Мы должны найти доказательства того, что эмоциональные сети вносят ошибки в когнитивные процессы более высокого уровня, и что, в свою очередь, эти процессы активизируют и изменяют сети переработки эмоций в мозгу.

Как известно, миндалевидное тело является центром эмоциональной переработки, в частности эмоции страха. Поэтому нужны доказательства, которые свяжут активность миндалины с ошибками кодирования, метакогниций, внимания и суждений. Аналогичным образом, нужно найти доказательства, которые свяжут изменения метакогниций и осознанных стратегий с изменениями в активности миндалины в ответ на негативные или вызывающие страх стимулы.

Поскольку предполагается, что реакция страха угасает естественным образом, если не подкрепляется, то активность миндалины должна поддаваться естественному спаду или управлению «сверху-вниз». По всей видимости, CAS препятствует подобному спаду или управлению, тем самым продлевая негативные эмоции. В долгосрочной перспективе CAS приводит к стабильным изменениям в миндалине, многократно предоставляя связанную с угрозой информацию. В более широком плане, редукция связанной с угрозой переработки в миндалине должна быть чувствительна к аспектам CAS, а именно к руминации, беспокойству и мониторингу угроз. Эти процессы могут препятствовать контролю «сверху-вниз», который необходим для редукции активности.

Какое влияние МКТ и такие стратегии, как АТТ и DM, могут оказывать на активизацию миндалины и ее взаимодействия с другими участками коры головного мозга? Можно предположить, что эффективное повышение метакогнитивного контроля может быть обнаружено в областях мозга, отвечающих за исполнительские функции и кратковременную память. Таким образом, АТТ и DM должны влиять на участки префронтальной коры, задействованные в контроле. Более того, они должны снижать активность миндалины и/или повышать способность индивида к управлению уровнями активности при его столкновении с салиентными эмоциональными стимулами или сразу после. Таким образом, применение стратегий и стилей мышления может усилить исполнительский контроль и гибкость и повлиять на подкорковую переработку.

МКТ в широком контексте

Сознание

Большая часть человеческого опыта требует осознания «Я». Человеческие страдания во многом обусловлены нарушениями в том, как мы познаем, определяем и регулируем себя.

Метакогниции поддерживают процессы, участвующие в развитии и переосмыслении образа «Я». Кроме того, они позволяют нам наблюдать за своими мыслями со стороны, видеть себя смотрящим, слышать себя слушающим – они позволяют нам стать бесстрастным зрителем того, о чем мы думаем, что мы чувствуем и ощущаем. Я не уверен, можем ли мы слушать, как мы слушаем – возможно, это и не так, - но суть в том, что мы можем попробовать это сделать, потому что у нас есть внутренняя ментальная модель того, что это такое - слушать, точно так же, как у нас есть внутренние модели того, что это такое – видеть или думать о себе.

Наша внутренняя ментальная модель не наблюдаема: это часть наблюдателя. По всей вероятности, во внутреннем осознании себя мы не можем зайти дальше DM, то есть, дальше того, чтобы быть наблюдателем когниции. Быть наблюдателем продуктов собственного сознания при DM, возможно, наш предел –

дальнейшего регресса мы пережить не можем. Это окончательное определение того, каково это – иметь сознание. Неразрывная связь между метакогнициями и способностью переживать точно определенное чувство «Я» доказывает важную роль метакогнитивной теории в развитии представлений о человеческом сознании.

«Жесткая» и «мягкая» форма МКТ

В этой книге я старался избегать подробного обсуждения о том, что играет более важную роль в развитии психических расстройств – когниции или метакогниции. Дело в том, что эти уровни безусловно пересекаются во всех когнитивных событиях, кроме самых простых. Однако, мы можем предположить наличие двух метакогнитивных подходов, которые я назвал «жесткой» и «мягкой» МКТ, как я вкратце упомянул в предисловии к книге.

«Жесткий» МКТ-подход рассматривает негативные знания о себе и о мире, как продукт метакогниций. Дисфункциональные мысли и убеждения – это актуальная конструкция при онлайн-переработке, управляемая метакогнициями. Например, убеждение «Я бесполезен» может быть конечным продуктом реакции руминации. Это элемент знаний, порожденный стилем мышления индивида. Мы можем предположить, что использование техник, таких как «стрелка вниз» в когнитивной терапии, представляет собой всего лишь поощрение пациента к руминации в ответ на негативную мысль.

«Мягкий» МКТ-подход утверждает, что метакогнитивные знания хранятся отдельно от остальных негативных социальных знаний, но что оба этих типа знаний являются стабильными репрезентациями в памяти. То есть, знание не «производится» ситуационно при онлайн-переработке. Важный вопрос заключается в том, какой подход следует выбрать, поскольку если негативные самоубеждения генерируются метакогнициями, управляющими переработкой информации («жесткая» МКТ), на регулярной основе, то наши пациенты, постоянно утверждающие, что они – «плохие люди», возможно, просто выражают таким образом тот факт, что у них есть метакогниции, генерирующие этот результат, несмотря на то что они способны

рационально оценить это убеждение как ошибочное. Тем не менее, рациональная оценка необязательно меняет метакогниции и процесс мышления, который генерирует это переживание.

В «жесткой» МКТ чувство, переживаемое как дисфункциональное, указывает на то, что метакогниции, генерирующие эту информацию, по-прежнему присутствуют, но индивид приобрел метакогнитивную способность рационально переоценивать эту информацию («Я знаю, что не плохой, но чувствую себя таковым»). Таким образом, когнитивное оспаривание убеждения вызывает метакогнитивную оценку, но необязательно влечет за собой изменение планов, управляющих переработкой и режимом, в котором переживается мысль. Уровень убежденности, или убеждения, необязательно является стабильной когнитивной репрезентацией, выходящей за рамки оценивания валидности мысли или смысла чувства. Возможно, то, что действительно делает мысли осязаемыми и реалистичными, - это их интрузивное качество и режим, в котором они переживаются, а не любое «убеждение» о них. Изменение интрузивности мыслей и режима, в котором они переживаются (с объектного на метакогнитивный), может воздействовать на их реалистичность. То есть, изменение внутренней метакогнитивной модели мыслей пациента, а не изменение его убеждений, будет вероятнее всего происходить при эффективной психотерапии.

Переживание мысли в объектном режиме – это ее слияние с воспринимаемой действительностью, а переживание той же мысли в метакогнитивном режиме – это отношение к ней как событию в мозгу. Более традиционное оспаривание убежденности в когнициях предлагает всего лишь косвенные средства, частично вызывающие метакогнитивный режим. Если человек более не убежден в истинности мысли, значит, он смог посмотреть на нее, как на не отражающее действительность событие в мозгу. Однако, это не означает, что мысль непременно переживается в состоянии DM. Можно оценивать мысль как нереалистичную, но не быть ее наблюдателем со стороны. В отличие от концептуального анализа эмпирическое осознание помещает мысль и индивида в относительную перспективу и

является более глубинным процедурным изменением метакогниций, которое требуется. Очевидно, что мы, люди, нечасто можем сделать шаг назад и посмотреть на свои мысли, как на картину в музее, составив целостное объективное впечатление. Но мы можем приобрести способность наблюдать свои мысли и внешний мир, как полностью наложенный ландшафт, отдельный от «Я». ДМ и метакогнитивный режим позволяют осуществиться процессу отстранения. Этот процесс может быть осуществлен вне зависимости от того, является мысль правильной или нет. ДМ дополняет концепцию отстранения, вводя откладывание на более поздний срок мотивированных попыток анализировать, справляться или контролировать в ответ на внутренние переживания. Также эта техника добавляет концепцию субъективного переживания «Я» как наблюдателя, как центр неделимого сознания. Эти переживания открывают путь к приобретению новых планов для реагирования на внутренние и внешние события. В широком контексте они предоставляют способы переживания и развития более гибкого и холистического чувства «Я».

Заключительные замечания

В начале этой книги я поставил целью представить полное терапевтическое руководство для применения МКТ.

МКТ – это форма когнитивной терапии в том смысле, что она модифицирует мышление. Но, как мы видели, она значительно отличается от когнитивной терапии в своих теоретических и концептуальных основах, в своих специфичных для расстройства моделях, в ее фокусе на процессах и метакогнитивных знаниях и во многих применяемых в ней техниках. Как показывает опыт, МКТ быстро и эффективно действует при генерализованном тревожном расстройстве, депрессии, посттравматическом стрессе, обсессивно-компульсивном расстройстве, социофобии и ипохондрии. Фокус на стилях переработки, переживаниях и метакогнитивных убеждениях предоставляет альтернативу традиционным процедурам многократной и длительной экспозиции и оспаривания содержания и валидности обыкновенных когниций.

Я начал книгу со следующего утверждения: «Мысли не важны, важны ваши реакции на них». В этой книге я показал, как эти реакции, управляемые метакогнициями, находятся в центре эмоционального и сознательного переживания себя и мира. Со временем, завершенная метакогнитивная теория сможет объяснить архитектуру и динамику сознания. Тогда мы сможем воссоздать его искусственно, однако на настоящий момент мы можем довольствоваться экспериментами над самими собой. Это возможно благодаря метакогнициям, поскольку они контролируют характер мышления и позволяют нам преодолеть ограничения и трудности, связанные с обыкновенными мыслями и убеждениями. Метакогниции открывают мир субъективных переживаний и изменений, который еще всем нам предстоит изучить.

Приложения

Приложение 1.

Опросник метакогниций 30 (МСQ-30)

Авторы: Эдриан Уэллс и Саманта Картрайт-Хаттон

Этот опросник посвящен выявлению убеждений людей об их мышлении. Ниже перечислены убеждения, которых склонны придерживаться люди. Пожалуйста, прочитайте каждое утверждение и скажите, насколько вы *в целом* согласны с ним, обведя кружком соответствующий номер.

Пожалуйста, ответьте на все вопросы, здесь нет правильных и неправильных ответов.

Пол: _____

Возраст: _____

	Не согласен	Скорее согласен	В основном согласен	Полностью согласен
1. Беспокойство поможет мне избежать проблем в будущем.	1	2	3	4
2. Мое беспокойство опасно для меня.	1	2	3	4
3. Я много думаю о своих мыслях.	1	2	3	4
4. Я могу заболеть от беспокойства.	1	2	3	4
5. Я осознаю, как работает мой разум, когда размышляю над проблемой.	1	2	3	4

6. Если я не проконтролирую беспокоящую мысль и она возникнет в сознании, это будет моя вина.	1	2	3	4
7. Я должен беспокоиться, чтобы оставаться организованным.	1	2	3	4
8. Я мало доверяю своей памяти в том, что касается слов и имен.	1	2	3	4
9. Беспокоящие мысли не уходят, как бы я ни пытался их прекратить.	1	2	3	4
10. Беспокойство помогает разложить мне все в голове по полочкам.	1	2	3	4
11. Я не могу игнорировать беспокоящие меня мысли.	1	2	3	4
12. Я отслеживаю свои мысли.	1	2	3	4
13. Я должен контролировать свои мысли постоянно.	1	2	3	4
14. Память иногда меня подводит.	1	2	3	4
15. Я могу сойти с	1	2	3	4

ума из-за того, что так беспокоюсь.				
16. Я постоянно осознаю, как и что я думаю.	1	2	3	4
17. У меня плохая память.	1	2	3	4
18. Я уделяю много внимания тому, как работает мой ум.	1	2	3	4
19. Беспокойство помогает мне справляться с ситуациями.	1	2	3	4
20. Неспособность контролировать свои мысли – это признак слабости.	1	2	3	4
21. Когда я начинаю беспокоиться, то не могу остановиться.	1	2	3	4
22. Меня ждет наказание за то, что я не контролирую некоторые мысли.	1	2	3	4
23. Беспокойство помогает мне решать проблемы.	1	2	3	4
24. Я не доверяю своей памяти на места.	1	2	3	4
25. Когда приходят в голову определенные	1	2	3	4

мысли — это очень плохо.				
26. Я не доверяю своей памяти.	1	2	3	4
27. Если бы я не мог контролировать свои мысли, то не был бы дееспособным.	1	2	3	4
28. Я должен беспокоиться, чтобы работать хорошо.	1	2	3	4
29. Я не доверяю своей памяти на действия.	1	2	3	4
30. Я постоянно проверяю свои мысли.	1	2	3	4

Пожалуйста, проверьте, все ли пункты вы отметили. Спасибо.

МСQ-30: ключ

Впишите указанный субъектом номер рядом с каждым вопросом и затем суммируйте значения.

POS	NEG	CC	NC	CSC
1_____	2_____	8_____	6_____	3_____
7_____	4_____	14_____	13_____	5_____
10_____	9_____	17_____	20_____	12_____
19_____	11_____	24_____	22_____	16_____
23_____	15_____	26_____	25_____	18_____
28_____	21_____	29_____	27_____	30_____
Всего: ____	_____	_____	_____	_____

Субшкалы:

POS = позитивные убеждения о беспокойстве

NEG = негативные убеждения о неконтролируемости и опасности беспокойства

СС = когнитивная уверенность

НС = потребность в контроле

CSC = когнитивное самоосознание

Общий балл по шкале MCQ можно получить, суммировав баллы субшкал.

Из Wells, 2000. Copyright by The Guilford Press. Покупателям этой книги разрешается использовать это приложение только для личных целей.

Приложение 2.

Опросник мета-беспокойства (MWQ)

Автор: Эдриан Уэллс

Опросник оценивает мысли и идеи о беспокойстве. Ниже перечислены некоторые мысли, которые у вас могут возникать относительно беспокойства, когда вы замечаете, что беспокоитесь. Укажите, насколько часто возникает каждая мысль, обведя соответствующую цифру кружком в левой части таблицы.

Когда я беспокоюсь, я думаю:

Никогда	Иногда	Часто	Почти всегда		
1	2	3	4	Я сойду с ума от беспокойства.	_____
1	2	3	4	Мое беспокойство будет нарастать, и я не смогу жить, как обычно.	_____
1	2	3	4	Я доведу себя до болезни своим беспокойством.	_____
1	2	3	4	Ненормально так беспокоиться, как я.	_____
1	2	3	4	Моя психика не способна выносить беспокойство.	_____
1	2	3	4	Я терплю неудачи в жизни из-за	_____

				беспокойства.	
1	2	3	4	Мой организм не способен выносить беспокойство.	_____

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Я совсем так
не думаю

Я совершенно
убежден,
что это так

Из Wells, 2000. Copyright by The Guilford Press. Покупателям этой книги разрешается использовать это приложение только для личных целей.

Приложение 3.

Тест слияния мыслей (TFI)

Авторы: Эдриан Уэллс, Петра Гвиллиам, Саманта Картрайт-Хаттон

Люди обладают различными убеждениями о силе своих мыслей и переживаний. Ниже перечислены некоторые из таких убеждений. Пожалуйста, прочитайте каждое и укажите, насколько сильно ваше убеждение, обведя кружком соответствующую цифру в правой части таблицы. Здесь нет верных и неверных ответов. Не думайте подолгу над каждым вопросом – отметьте, насколько в целом вы согласны с убеждением.

Совсем так
не
считаю

Абсолютн
о убежден,
что это
правда

1. Если я думаю о неприятном событии, вероятность того, что оно случится, повышается.	0	1 0	2 0	3 0	4 0	5 0	6 0	7 0	8 0	90	100
2. Если я думаю о нанесении себе вреда, то, в конце концов, сделаю это.	0	1 0	2 0	3 0	4 0	5 0	6 0	7 0	8 0	90	100
3. Если я думаю, что мне угрожает опасность, значит, я действительно в опасности.	0	1 0	2 0	3 0	4 0	5 0	6 0	7 0	8 0	90	100

4. Наличие плохих мыслей означает, что я сделаю что-то плохое.	0	1 0	2 0	3 0	4 0	5 0	6 0	7 0	8 0	90	100
5. Если я думаю о неприятном событии, значит, оно, должно быть, случилось.	0	1 0	2 0	3 0	4 0	5 0	6 0	7 0	8 0	90	100
6. Если у меня есть мысли о нанесении вреда кому-то другому, то буду действовать в соответствии с ними.	0	1 0	2 0	3 0	4 0	5 0	6 0	7 0	8 0	90	100
7. Если я думаю, что вещи заражены из-за контакта других людей с ними, значит, они заражены.	0	1 0	2 0	3 0	4 0	5 0	6 0	7 0	8 0	90	100
8. Мои мысли могут поменять ход событий.	0	1 0	2 0	3 0	4 0	5 0	6 0	7 0	8 0	90	100
9. От некоторых предметов исходят плохие вибрации.	0	1 0	2 0	3 0	4 0	5 0	6 0	7 0	8 0	90	100
10. Если мне в голову приходят плохие мысли, это означает, что я хочу, чтобы они приходили.	0	1 0	2 0	3 0	4 0	5 0	6 0	7 0	8 0	90	100
11. Мои чувства	0	1	2	3	4	5	6	7	8	90	100

могут передаваться предметам.		0	0	0	0	0	0	0	0		
12. Если я подумаю о том, чтобы причинить кому-то вред, мысль навредит этому человеку.	0	1 0	2 0	3 0	4 0	5 0	6 0	7 0	8 0	90	100
13. Мои мысли становятся реальностью. Если я подумаю о чем-то, это сбудется.	0	1 0	2 0	3 0	4 0	5 0	6 0	7 0	8 0	90	100
14. Мои воспоминания/мысли и могут передаваться предметам.	0	1 0	2 0	3 0	4 0	5 0	6 0	7 0	8 0	90	100

Из Wells, 2009. Copyright by The Guilford Press. Покупателям этой книги разрешается использовать это приложение только для личных целей.

Приложение 4.

Сводная таблица техник тренировки внимания

Со своим психотерапевтом вы тренировались применять технику тренировки внимания (АТТ). Чтобы техника была эффективной, ее необходимо практиковать дома. Эти записи помогут вам отслеживать ваши успехи.

1. Вам нужно найти помещение для практики, где вы будете слышать разные звуки (не менее трех, но лучше больше). Обсудите это со своим психотерапевтом. Потенциальные звуки, которые я могу использовать:
 - a.
 - b.
 - c.
 - d.
 - e. Звуки, доносящиеся вне помещения, но поблизости.
 - f. Звуки, которые могут доноситься издалека.
 - g. Звуки, которые могут доноситься слева.
 - h. Звуки, которые могут доноситься справа.
2. Практикуйтесь 10–12 минут следующим образом: примерно 5 минут фокусируйтесь на различных звуках; 5 минут быстро переключайтесь между ними/расположениями; 2 минуты делите внимание между звуками.
3. Отмечайте дни в таблице, когда вы применяли технику тренировки внимания.

	Понедель ник	Вторн ик	Сре да	Четве рг	Пятни ца	Суббо та	Воскресе нье
Неде ля 1							
Неде ля 2							
Неде							

ля 3							
Неде ля 4							

Из Wells, 2009. Copyright by The Guilford Press. Покупателям этой книги разрешается использовать это приложение только для личных целей.

Приложение 5.

Оценочная шкала самовнимания

На данный момент времени, насколько ваше внимание сконцентрировано на вас самих или на внешнем мире?

Пожалуйста, укажите соответствующую цифру на шкале.

–3	–2	–1	0	+1	+2	+3
Полностью сосредоточен на внешнем мире			Равное количество внимания			Полностью сосредоточен на себе

Из Wells, 2009. Copyright by The Guilford Press. Покупателям этой книги разрешается использовать это приложение только для личных целей.

Приложение 6.

CAS-1

1. Сколько времени за последнюю неделю вы посвятили размышлениям или беспокойству о своих проблемах?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Нисколько

Половину
времени

Все
время

2. Сколько времени за последнюю неделю вы уделяли свое внимание вещам, которые считаете угрожающими (напр., симптомам, мыслям, опасности)? (Обведите цифру ниже.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Нисколько

Половину
времени

Все
время

3. Как часто за последнюю неделю вы совершали следующие действия, чтобы справиться с негативными чувствами или мыслями? (Поставьте число из шкалы рядом с каждым пунктом.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Нисколько

Половину
времени

Все
время

Избегали ситуаций. ☐

Пытались не думать о конкретных вещах. ☐

Употребляли алкоголь/наркотики. ☐

Обращались за утешением. ☐

Пытались контролировать свои эмоции. ☐

Контролировали свои симптомы. ☐

4. Ниже перечислены некоторые убеждения, свойственные людям. Отметьте, насколько вы согласны с каждым из них, вписав число из шкалы рядом с каждым пунктом.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Совсем не согласен

Абсолютно убежден,
что так и есть

Слишком сильное Беспокойство помогает мне
беспокойство может мне справляться с ситуациями. ☐
навредить. ☐

Сильные эмоции опасны. ☐

Уделяя внимание возможным
угрозам, я смогу избежать
опасности. ☐

Я не могу контролировать свои
мысли. ☐

Важно контролировать свои
мысли. ☐

Из-за некоторых мыслей я могу
сойти с ума. ☐

Анализ своих проблем поможет
мне найти ответы. ☐

Из Wells, 2009. Copyright by The Guilford Press. Покупателям этой
книги разрешается использовать это приложение только для
личных целей.

Приложение 7.

Опросник генерализованного тревожного расстройства, пересмотренный (GADS-R)

1. Насколько сильно вас мучило беспокойство за последнюю неделю? (Обведите кружком цифру ниже.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Нисколько

Умеренно

Ужасно
– хуже
не
бывает

2. Сколько времени за последнюю неделю вы потратили на беспокойство о ситуациях? (Обведите кружком цифру ниже.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Нисколько

Половину
времени

Все
время

3. Как часто вы совершали следующие действия, чтобы справиться со своим беспокойством, за последнюю неделю? (Поставьте цифру шкалы рядом с каждым пунктом.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Совсем
нет

Половину
времени

Все
время

Пытались отвлечься. ☐

Пытались не думать о
конкретных вещах. ☐

Пытались контролировать свои
мысли. ☐

Искали доказательства. ☐

Пытались рассуждать. ☐

Действовали осмотрительно. ☐

Обращались за утешением. ☐

Планировали свои действия на
случай, если беспокойство
окажется не напрасным. ☐

Разговаривали с собой. ☐

4. Как часто за прошедшую неделю вы избегали следующих вещей, чтобы предотвратить беспокойство? (Поставьте цифру шкалы рядом с каждым пунктом.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Совсем нет				Половину времени				Все время

Новости. ☐

Мысли о болезни. ☐

Социальные ситуации. ☐

Мысли о несчастных
случаях/утрате. ☐

Неопределенность. ☐

Другое (уточнить,
что): _____ ☐

5. Ниже перечислены некоторые убеждения, свойственные людям. Отметьте, насколько вы согласны с каждым из них, вписав число из шкалы рядом с каждым пунктом.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Совсем не согласен										Абсолютно убежден, что так и есть

Я могу сойти с ума из-за Беспокойство помогает мне
беспокойства. ☐ справляться с ситуациями. ☐

Беспокойство может мне Если я буду беспокоиться, то
навредить. ☐ буду ко всему готов. ☐

Когда я беспокоюсь, мое тело Благодаря беспокойству я в
переживает стресс. ☐ безопасности. ☐

Если я не буду контролировать Беспокойство помогает мне
свое беспокойство, оно будет достигать целей. ☐
управлять мной. ☐

Мое беспокойство Что-то плохое случится, если я

неконтролируемо. ☐

не буду беспокоиться. ☐

Если я буду беспокоиться слишком сильно, то потеряю
Беспокойство помогает мне
решать проблемы. ☐

над собой контроль. ☐

Из Wells, 2009. Copyright by The Guilford Press. Покупателям этой
книги разрешается использовать это приложение только для
личных целей.

Приложение 8.

Опросник посттравматического стрессового расстройства (PTSD-S)

1. Насколько мучительными были ваши симптомы за последнюю неделю? (Обведите кружком цифру ниже.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Совсем
нет

Умеренно

Ужасно
– хуже
не
бывает

2. Сколько времени за последнюю неделю вы потратили на анализ того, что произошло и почему, который был запущен мыслью о травме? (Обведите кружком цифру ниже.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Нисколько

Половину
времени

Все
время

3. Сколько времени за последнюю неделю вы беспокоились о том, что может случиться в будущем? (Обведите кружком цифру ниже.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Нисколько

Половину
времени

Все
время

4. Как часто за последнюю неделю вы совершали следующие действия, чтобы справиться с симптомами? (Напишите число из шкалы рядом с каждым пунктом).

0	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Совсем нет

Половину
времени

Все время

Избегали того, что могло бы напомнить о травме. ☐ Пытались отвлечься. ☐

Контролировали свои мысли. Употребляли

☐ алкоголь/наркотики. ☐

Контролировали свои эмоции. Пытались во всем разобраться.

☐ ☐

Избегали посещения Проверяли безопасность
определенных мест. ☐ обстановки. ☐

Действовали Избегали определенных дел. ☐
предусмотрительно. ☐

5. Как часто за последнюю неделю вы ловили себя на мыслях о потенциальной опасности? (Обведите кружком цифру ниже.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Ни разу Часто Все время

6. Ниже перечислены некоторые убеждения, свойственные людям. Отметьте, насколько вы согласны с каждым из них, вписав число из шкалы рядом с каждым пунктом.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Совсем не согласен Абсолютно убежден,
что так и есть

Я должен вспоминать Продолжать думать о травме -
произошедшее, чтобы в нем ненормально. ☐
разобраться. ☐

Важно, чтобы в памяти не было Должно быть, я слабый, раз
пробелов. ☐ реагирую подобным образом.
☐

Мысли о будущих угрозах Я могу сойти с ума, если
помогут мне справиться. ☐ продолжу так беспокоиться. ☐

Беспокойство убережет меня от Я больше никогда не стану

опасностей. ☐

нормальным. ☐

Если я буду обращать внимание
на возможные опасности, это
убережет меня от них. ☐

Мой разум повредился из-за
того, что случилось. ☐

Я должен перестать думать о
том, что случилось. ☐

Я потерял контроль над своими
мыслями. ☐

Из Wells, 2009. Copyright by The Guilford Press. Покупателям этой
книги разрешается использовать это приложение только для
личных целей.

Приложение 9

Опросник обсессивно-компульсивного расстройства (OCD-S)

1. Насколько мучительными были ваши навязчивые мысли/побуждения за последнюю неделю? (Обведите кружком цифру ниже.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Совсем
нет

Умеренно

Ужасно
– хуже
чем
когда-
либо

2. Как часто за последнюю неделю вы совершали следующие действия, чтобы справиться с навязчивостями? (Напишите число из шкалы рядом с каждым пунктом).

0	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Совсем нет

Половину
времени

Все время

Постоянно перепроверяли. ☐ Использовали мысленный ритуал. ☐

Пытались контролировать свои мысли. ☐ Искали доказательства. ☐

Чистили или мыли. ☐ Действовали предусмотрительно. ☐

Обращались за утешением. ☐ Пытались навести идеальный порядок. ☐

Повторяли свои действия. ☐

3. Как часто за последнюю неделю вы избегали следующих вещей? (Поставьте число из шкалы рядом с каждым пунктом.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Совсем
нет

Половину
времени

Все
время

Новости. ☐

Конкретные мысли. ☐

Социальные ситуации. ☐

Прикосновение к конкретным
вещам. ☐

Прикосновение к людям. ☐

Неопределенность. ☐

4. Ниже перечислены некоторые убеждения о навязчивостях и ритуалах, которых придерживаются люди. Отметьте, насколько вы согласны с каждым из них, вписав число из шкалы рядом с каждым пунктом.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Совсем не согласен

Абсолютно убежден,
что так и есть

Навязчивые мысли могут изменить мою личность.

☐

Если я думаю о какой-то вещи, что она заразна, значит, она заразна. ☐

Навязчивые мысли могут заставить меня совершать плохие вещи. ☐

Навязчивые мысли повышают вероятность негативных событий в будущем. ☐

Если я думаю, что случилось что-то плохое, возможно, оно случилось, ☐
хотя я и не могу этого вспомнить.

Некоторые мысли необходимо всегда держать под контролем.

☐

Я не могу обрести душевное спокойствие, пока не выполню

ритуалы. ☐
Я буду продолжать тревожиться до тех пор, пока не выполню ритуалы. ☐
Что-нибудь плохое случится, если я не выполню свои ритуалы. ☐
Нейтрализация мыслей убережет остальных/меня от опасности. ☐

Из Wells, 2009. Copyright by The Guilford Press. Покупателям этой книги разрешается использовать это приложение только для личных целей.

Приложение 10

Опросник большого депрессивного расстройства (MDD-S)

1. Насколько тяжелой была ваша депрессия и как сильно нарушала она вашу привычную жизнь за последнюю неделю? (Обведите кружком цифру ниже.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Совсем нет				Умеренно				Ужасно – хуже чем когда-либо

2. Сколько времени за последнюю неделю вы посвятили тому, чтобы размышлять, анализировать свои мысли и чувства, пытаться понять, почему вы такой? (Обведите кружком цифру ниже.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Нисколько				Половину времени				Все время

3. Как часто за последнюю неделю вы совершали следующие действия, чтобы справиться с депрессией? (Напишите число из шкалы рядом с каждым пунктом).

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Совсем нет				Половину времени				Все время

Пытались больше отдыхать. ☐ Наказывали себя. ☐

Пытались все осмыслить и Анализировали, почему так
понять. ☐ чувствуете себя. ☐

Употребляли алкоголь. ☐ Злились на себя. ☐

Сокращали свою активность. Больше спали. ☐

☐

Пытались не думать о каких-то вещах. ☐

4. Как часто за последнюю неделю вы избегали следующих вещей? (Поставьте число из шкалы рядом с каждым пунктом.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Совсем нет				Половину времени				Все время

Интересы/хобби. ☐

Принятие решений. ☐

Социальные ситуации. ☐

Решение проблем. ☐

Работа. ☐

Планирование. ☐

5. Ниже перечислены некоторые убеждения о депрессивном мышлении (называемом руминацией), которых придерживаются люди. Отметьте, насколько вы согласны с каждым из них, вписав число из шкалы рядом с каждым пунктом.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Совсем не согласен										Абсолютно убежден, что так и есть

Я не могу контролировать свои депрессивные мысли (руминацию). ☐

Депрессивные мысли – признак того, что я схожу с ума. ☐

Депрессивные мысли контролируют меня. ☐

Я ненормальный/со мной что-то не так, раз у меня есть такие мысли. ☐

Руминация помогает мне справляться с ситуациями.

☐
Если я проанализирую, почему так себя чувствую, то найду ответы. ☐
Руминация помогает мне разобраться в своей депрессии. ☐
Руминация помогает мне решать проблемы. ☐

Из Wells, 2009. Copyright by The Guilford Press. Покупателям этой книги разрешается использовать это приложение только для личных целей.

Приложение 11.

Интервью для формулировки случая ГТР

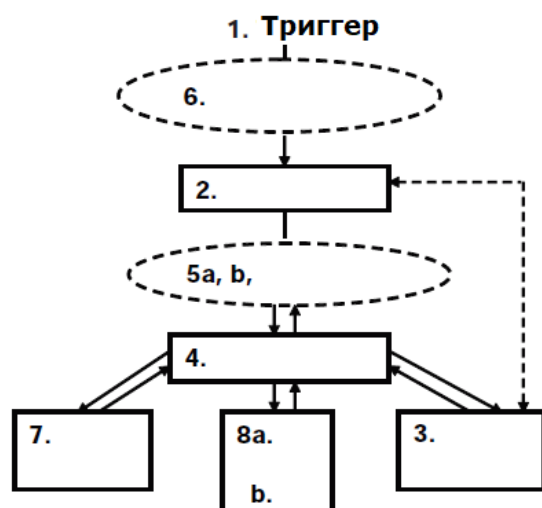
Вступление. Я прошу вас вспомнить последний раз, когда у вас был сильный и неконтролируемый эпизод беспокойства, который сильно выбил вас из колеи. Я задам вам ряд вопросов об этом случае.

1. Какова была первоначальная мысль, которая запустила процесс беспокойства?
2. Когда эта мысль пришла вам в голову, о чем вы начали беспокоиться?
3. Пока вы беспокоились об этих вещах, какие чувства вы испытывали? (**Уточнение:** Вы испытывали тревогу? Какие симптомы у вас были?)
4. Когда у вас были эти чувства и симптомы, думали ли о том, что что-нибудь плохое может случиться в результате беспокойства и этих чувств? (**Уточнение:** Что самое плохое могло случиться, если бы вы продолжили беспокоиться?)
- 5a. Считаете ли вы, что беспокойство может иметь плохие последствия? (**Уточнение:** Может ли беспокойство быть вредным?)
- 5b. По всей видимости, беспокойство приносит вам проблемы, почему вы не перестанете беспокоиться? (**Уточнение:** Считаете ли вы, что беспокойство неконтролируемо?)
6. Если отвлечься от негативных убеждений о беспокойстве, думаете ли вы, что беспокойство может приносить вам какую-либо пользу? (**Уточнение:** Помогает ли беспокойство справляться с ситуациями? Помогает ли оно предвидеть проблемы и избегать их. Есть ли у беспокойства какие-либо положительные стороны?)
7. Когда вы начинаете беспокоиться, предпринимаете ли вы что-либо, чтобы беспокойство прекратилось? (**Уточнение:** Вы избегаете ситуаций, обращаетесь за утешением, пытаетесь выяснить, есть ли для беспокойства реальные основания,

употребляете алкоголь или наркотики?)

8a. Используете ли вы прямые стратегии для контроля своих мыслей, например, пытаетесь ли не думать о вещах, которые могут вызвать беспокойство?

8b. Вы когда-нибудь пытались прерывать беспокойство, приняв решение сейчас ему не поддаваться?



Из Wells, 2009. Copyright by The Guilford Press. Покупателям этой книги разрешается использовать это приложение только для личных целей.

Приложение 12.

Интервью для формулировки случая ПТСР

Вступление. Я задам вам ряд вопросов о симптомах, которые мучают вас, чтобы мы могли понять, почему они сохраняются.

1. Какие симптомы были у вас неоднократно за последний месяц?

Какие-нибудь интрузивные мысли о травме, тревога, ночные кошмары, испуг и др.?

2. Когда у вас (конкретные симптомы), как вы с ними справляетесь?

Уточнения:

Делаете ли вы что-нибудь, чтобы избежать этих симптомов?

Пытаетесь ли вы избегать мыслей или контролировать их?

Стали ли вы больше уделять внимания другим вещам?

Вспоминаете ли вы случившееся, чтобы его осмыслить?

Вы беспокоитесь о будущих опасностях?

Вы избегаете ситуаций?

Вы пытаетесь контролировать свои эмоции?

Вы пытаетесь преодолеть трудности, употребляя алкоголь или наркотики?

3а. Каковы ваши опасения по поводу ваших симптомов?

Что для вас означают те чувства, которые вы испытываете?

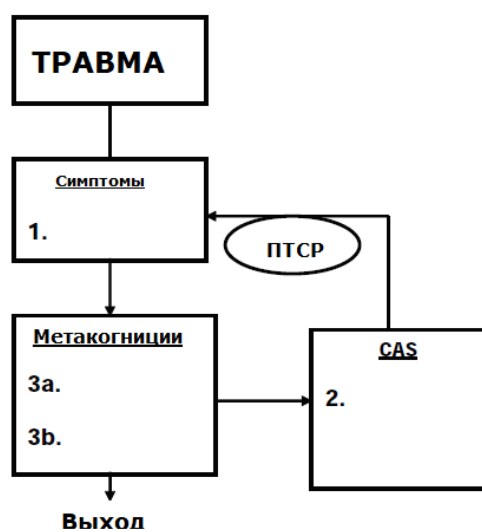
Что самое плохое может случиться, если ваши симптомы будут продолжаться?

3б. Если ли преимущества у того, чтобы вспоминать случившееся?

Есть ли преимущества у того, чтобы беспокоиться об опасности?

Есть ли преимущества у того, чтобы концентрироваться на опасности?

Как помогает вам контролирование своих мыслей/эмоций?



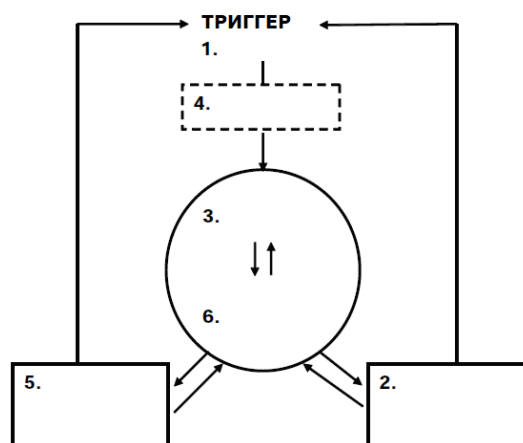
Из Wells, 2009. Copyright by The Guilford Press. Покупателям этой книги разрешается использовать это приложение только для личных целей.

Приложение 13.

Интервью для формулировки случая ОКР

Вступление. Я задам вам ряд вопросов о последнем случае, когда вы чувствовали подавленность из-за навязчивой мысли и были вынуждены отреагировать на нее. Когда это было?

1. Какая мысль/образ/импульс запустила процесс?
2. Когда эта мысль пришла вам в голову, какие чувства вы испытывали (напр., тревожились, были напуганы)?
3. Что означала эта мысль? (Что самое плохое могло случиться? Что случилось бы, если бы вы не стали никак реагировать на пришедшую в голову мысль?)
4. Вы убеждены в том, что эти мысли что-то значат? Что самое плохое они могут означать? Насколько сильно вы были убеждены в этом на тот момент?
5. Делали ли вы что-нибудь, чтобы [вставить негативное убеждение о мысли] не произошло? Делали ли вы что-нибудь, чтобы перестать сомневаться? Пытались ли вы перестать тревожиться (Что именно вы делали?)? Выполняли ли вы какие-либо ритуалы?
6. Каковы преимущества у этих реакций? Что случится, если вы больше не будете реагировать на свои мысли/сомнения/чувства так, как реагируете? Как вы узнаете, что пора прекращать выполнение ритуала?



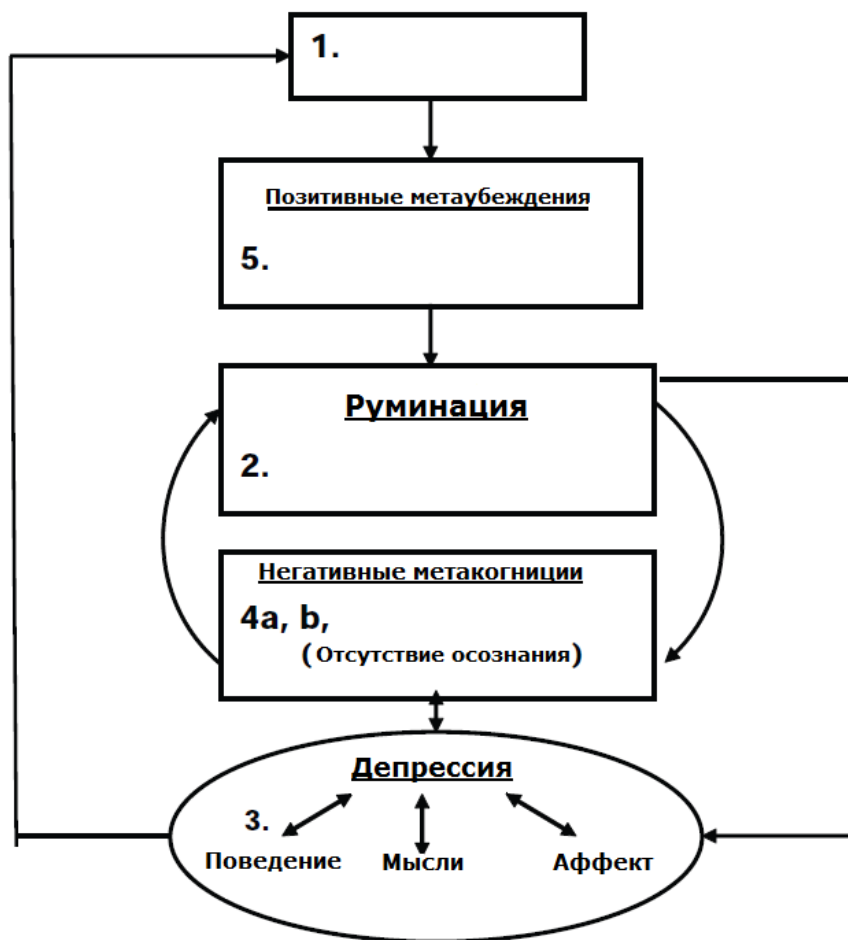
Из Wells, 2009. Copyright by The Guilford Press. Покупателям этой книги разрешается использовать это приложение только для личных целей.

Приложение 14.

Интервью для формулировки случая депрессии

Вступление. Сейчас я задам вам ряд вопросов о последнем случае, когда вы размышляли над своей проблемой и плохо себя чувствовали. Можете вспомнить, когда это было?

1. Какой была первоначальная негативная мысль, с которой начались размышления?
2. О чем вы подумали потом? Какой была ваша следующая мысль? А затем о чем вы подумали? Сколько времени длились размышления?
3. Когда вы размышляли подобным образом, что происходило с вашим эмоциональным состоянием? Что происходило с вашей депрессией? На какой мысли закончились ваши размышления? Как это повлияло на ваши действия?
- 4а. По-видимому, руминация ухудшает ваше состояние. У вас не получается ею не заниматься? Насколько плохо она поддается контролю?
- 4б. Как вы считаете, можете ли вы что-то сделать для уменьшения вашей симптоматики? Как вы думаете, ваша депрессия имеет биологическую или психологическую природу?
5. Есть ли у руминации или размышлений о том, почему вы себя так чувствуете, преимущества? Могут ли раздумья о ваших чувствах каким-либо образом вам помочь?



Из Wells, 2009. Copyright by The Guilford Press. Покупателям этой книги разрешается использовать это приложение только для личных целей.

Приложение 15.

План лечения ГТР

Да	Нет	
		<u>Сессия 1</u>
☐	☐	Генерирование формулировки случая.
☐	☐	Социализация в модель.
☐	☐	Проведение эксперимента с подавлением.
☐	☐	Начало оспаривания убеждения о неконтролируемости.
☐	☐	Практика отстраненной осознанности (DM).
☐	☐	Знакомство с техникой откладывания беспокойства.
☐	☐	<i>Домашнее задание.</i> DM и откладывание беспокойства.
		<u>Сессия 2</u>
☐	☐	Обсуждение домашнего задания и GADS-R, в особенности убеждений о неконтролируемости.
☐	☐	При необходимости — продолжение социализации.
☐	☐	Вербальная и поведенческая реатрибуция — неконтролируемость.
☐	☐	<i>Домашнее задание.</i> Продолжать откладывание беспокойства и начать экспериментировать с потерей контроля.
		<u>Сессия 3</u>
☐	☐	Обсуждение домашнего задания и GADS-R, в особенности убеждений о неконтролируемости.

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | Продолжение оспаривания неконтролируемости (контраргументы). |
| ☐ | ☐ | Проведение эксперимента с потерей контроля на сессии. |
| ☐ | ☐ | Изучение дезадаптивных поведенческих копинг-стратегий контроля/избегания. |
| ☐ | ☐ | <i>Домашнее задание.</i> Продолжение практики откладывания беспокойства, отказ от поведенческих копинг-стратегий избегания беспокойства, эксперимент с потерей контроля. |

Сессия 4

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | Обсуждение домашнего задания и GADS-R, в особенности неконтролируемости и поведенческих стратегий. |
| ☐ | ☐ | Продолжение оспаривания неконтролируемости при необходимости. |
| ☐ | ☐ | Начало оспаривания убеждений об опасности. |
| ☐ | ☐ | Попытки сойти с ума или навредить себе – проведение эксперимента с беспокойством. |
| ☐ | ☐ | <i>Домашнее задание.</i> Усиливать беспокойство, чтобы протестировать опасности. |

Сессия 5

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | Обсуждение домашнего задания и GADS-R, в особенности убеждения об опасности. |
| ☐ | ☐ | Продолжение оспаривания убеждений об опасности. |
| ☐ | ☐ | Проведение эксперимента в целях оспаривания опасности. |
| ☐ | ☐ | <i>Домашнее задание.</i> Поведенческие эксперименты для оспаривания опасности. |

Сессия 6

☐ ☐ Обсуждение домашнего задания и GADS-R, в особенности убеждений об опасности и оставшихся непродуктивных стратегий.

☐ ☐ Продолжение оспаривания убеждений об опасности.

☐ ☐ Фокус на отказе от всех оставшихся дезадаптивных стратегий.

☐ ☐ *Домашнее задание.* Поведенческие эксперименты с целью оспаривания опасности.

Сессия 7

☐ ☐ Обсуждение домашнего задания и GADS-R, в особенности темы опасности.

☐ ☐ Если негативные убеждения отсутствуют, начало оспаривания позитивных убеждений.

☐ ☐ *Домашнее задание.* Стратегия несоответствия или другие эксперименты с целью оспаривания позитивных убеждений.

Сессия 8

☐ ☐ Обсуждение домашнего задания и позитивных убеждений согласно GADS-R.

☐ ☐ Продолжение оспаривания позитивных убеждений.

☐ ☐ Стратегия несоответствия, проведенная на сессии

☐ ☐ *Домашнее задание.* Поведенческие эксперименты (напр., эксперимент с усилением и ослаблением беспокойства).

Сессия 9

☐ ☐ Обсуждение домашнего задания и GADS-R. Проверка оставшихся дезадаптивных копинг-стратегий, например избегания.

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | Работа над устранением остаточных симптомов. |
| ☐ | ☐ | Продолжение оспаривания позитивных убеждений. |
| ☐ | ☐ | Начало работы над новым планом. |
| ☐ | ☐ | <i>Домашнее задание.</i> Попросить пациента написать краткий обзор лечения. |
| <u>Сессия 10</u> | | |
| ☐ | ☐ | Обсуждение обзора. Проверка GADS-R. |
| ☐ | ☐ | Работа со схемой терапии (профилактика рецидива). |
| ☐ | ☐ | Укрепление нового плана и его иллюстрация примером. |
| ☐ | ☐ | Назначение поддерживающей сессии. |
| ☐ | ☐ | <i>Домашнее задание.</i> Уточнение, какие техники необходимо продолжать применять. |

Из Wells, 2009. Copyright by The Guilford Press. Покупателям этой книги разрешается использовать это приложение только для личных целей.

Приложение 16

План лечения ПТСР

Да	Нет	
		<u>Сессия 1</u>
☐	☐	Генерирование формулировки случая.
☐	☐	Социализация в модель.
☐	☐	Использование метафоры исцеления.
☐	☐	Оспаривание негативных убеждений о симптомах.
☐	☐	Практика отстраненной осознанности (DM).
☐	☐	Знакомство с техникой откладывания беспокойства.
☐	☐	<i>Домашнее задание.</i> Применение DM и откладывания беспокойства.
		<u>Сессия 2</u>
☐	☐	Обсуждение домашнего задания и PTSD-S, в особенности пунктов 2 и 3.
☐	☐	При необходимости – продолжение социализации.
☐	☐	Анализ преимуществ и недостатков беспокойства/руминации.
☐	☐	Практика DM.
☐	☐	Продолжение оспаривания негативных убеждений о симптомах.
☐	☐	<i>Домашнее задание.</i> Продолжать DM и откладывание беспокойства.
		<u>Сессия 3</u>
☐	☐	Обсуждение домашнего задания и PTSD-S, в особенности пунктов 2 и 3.
☐	☐	Оспаривание позитивных убеждений о

беспокойстве и руминации.

☐ ☐ Обсуждение откладывания беспокойства и расширение сферы применения.

☐ ☐ Изучение подавления мыслей и отказ от него.

☐ ☐ *Домашнее задание.* Продолжать ДМ и откладывание беспокойства с расширением сферы применения. Отказ от подавления.

Сессия 4

☐ ☐ Обсуждение домашнего задания и PTSD-S, в особенности пунктов 2, 3 и 4.

☐ ☐ Расширение сферы применения откладывания беспокойства/руминации.

☐ ☐ Оспаривание оставшихся позитивных убеждений о беспокойстве/руминации и негативных убеждений о симптомах.

☐ ☐ Изучение других дезадаптивных копинг-стратегий (см. пункт 4 опросника PTSD-S) и начало их устранения.

☐ ☐ *Домашнее задание.* Продолжать генерализацию откладывания беспокойства/руминации. Отказ от конкретных дезадаптивных поведенческих копинг-стратегий.

Сессия 5

☐ ☐ Обсуждение домашнего задания и PTSD-S.

☐ ☐ Анализ характера концептуальной переработки. Она просто сменила форму и все еще продолжается? (Уделить больше внимания по необходимости.)

☐ ☐ Изучение оставшихся дезадаптивных копинг-стратегий, например избегания, и их устранение.

☐ ☐ Работа с остаточными убеждениями о

беспокойстве и руминации.

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | <i>Домашнее задание.</i> Продолжать накладывать запрет на беспокойство/руминацию. Устранение дезадаптивных копинг-стратегий, в особенности избегания. |
|--------------------------|--------------------------|---|

Сессия 6

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | Обсуждение домашнего задания и PTSD-S. |
| ☐ | ☐ | Анализ преимуществ и недостатков мониторинга угроз. |
| ☐ | ☐ | Оспаривание позитивных убеждений о мониторинге угроз. |
| ☐ | ☐ | Запрет мониторинга угроз. Предложение альтернативы. |
| ☐ | ☐ | <i>Домашнее задание.</i> Продолжать запрет беспокойства/руминации. Практиковать осознание и отказ от мониторинга угроз. |

Сессия 7

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | Обсуждение домашнего задания и PTSD-S. |
| ☐ | ☐ | Знакомство со стратегией рефокусировки внимания. |
| ☐ | ☐ | Оспаривание оставшихся позитивных и негативных убеждений. |
| ☐ | ☐ | <i>Домашнее задание.</i> Возвратиться к повседневной жизни, какая была до травмы, и применять новые стратегии. Обсуждение оставшихся дезадаптивных копинг-стратегий. |

Сессия 8

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | Обсуждение домашнего задания и PTSD-S. |
| ☐ | ☐ | Работа с остаточным беспокойством, убеждениями, руминацией, копинг-стратегиями, вниманием. |
| ☐ | ☐ | Работа с остаточными убеждениями. |

☐	☐	<i>Домашнее задание.</i> Пациент пишет краткий обзор лечения. Продолжать отказываться от беспокойства/руминации и мониторинга угроз.
--------------------------	--------------------------	--

Сессия 9

☐	☐	Обсуждение домашнего задания и PTSD-S.
--------------------------	--------------------------	--

☐	☐	Работа с остаточными проблемами, диагностированными по PTSD-S.
--------------------------	--------------------------	--

☐	☐	Запись нового плана обращения с интрузиями и симптомами.
--------------------------	--------------------------	--

☐	☐	Завершение схемы терапии.
--------------------------	--------------------------	---------------------------

☐	☐	<i>Домашнее задание.</i> Практиковаться применять новый план.
--------------------------	--------------------------	---

Сессия 10

☐	☐	Обсуждение домашнего задания и PTSD-S.
--------------------------	--------------------------	--

☐	☐	Укрепление нового плана и его иллюстрация гипотетическим будущим примером.
--------------------------	--------------------------	--

☐	☐	Проверка на наличие остаточных убеждений.
--------------------------	--------------------------	---

☐	☐	Назначение поддерживающей сессии.
--------------------------	--------------------------	-----------------------------------

☐	☐	<i>Домашнее задание.</i> Уточнение, какие техники необходимо продолжать применять.
--------------------------	--------------------------	--

Из Wells, 2009. Copyright by The Guilford Press. Покупателям этой книги разрешается использовать это приложение только для личных целей.

Приложение 17

План лечения ОКР

Да

Нет

Сессия 1

☐
☐

Генерирование формулировки случая.

☐
☐

Социализация в модель.

☐
☐

Проведение эксперимента с подавлением.

☐
☐

Практика отстраненной осознанности (DM) – по отношению к нейтральной мысли.

☐
☐

Практика DM – по отношению к навязчивой мысли

☐
☐

Домашнее задание: Применение DM к интрузиям.

Сессия 2

☐
☐

Обсуждение домашнего задания и OCD-S.

☐
☐

Продолжение социализации – проблема в убеждениях о мыслях.

☐
☐

Дальнейшая практика DM.

☐
☐

Представление экспозиции и реагирования (exposure and response commission (ERC)

☐
☐

Домашнее задание. Применение ERC или откладывание ритуала.

Сессия 3

☐
☐

Обсуждение домашнего задания и OCD-S, в особенности фузионных убеждений.

☐
☐

Дальнейшая практика DM и ERC.

☐
☐

Вербальное оспаривание TEF, TAF и TOF.

☐
☐

Проведение поведенческих экспериментов, нацеленных на TEF, TAF и TOF.

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | <i>Домашнее задание.</i> Применять ДМ к интрузиям. Проводить поведенческие эксперименты. |
|--------------------------|--------------------------|--|

Сессия 4

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | Обсуждение домашнего задания и OCD-S, в особенности фузионных убеждений. |
| ☐ | ☐ | Продолжение вербального оспаривания TEF, TAF и TOF. |
| ☐ | ☐ | Проведение поведенческих экспериментов, нацеленных на TEF, TAF и TOF. |
| ☐ | ☐ | <i>Домашнее задание.</i> Продолжать применять ДМ. Проводить определенные поведенческие эксперименты. |

Сессия 5

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | Обсуждение домашнего задания и OCD-S, в особенности фузионных убеждений. |
| ☐ | ☐ | Продолжение вербального оспаривания TEF, TAF и TOF. |
| ☐ | ☐ | Проведение на сессии дальнейших поведенческих экспериментов. |
| ☐ | ☐ | Изучение убеждений о ритуалах. |
| ☐ | ☐ | <i>Домашнее задание.</i> Проводить определенные поведенческие эксперименты (напр., с экспозицией и предупреждением реакций). |

Сессия 6

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | Обсуждение домашнего задания и OCD-S, в особенности фузионных убеждений и ритуалов. |
| ☐ | ☐ | Продолжение оспаривания TEF, TAF и TOF. |
| ☐ | ☐ | Оспаривание убеждений о ритуалах. |
| ☐ | ☐ | <i>Домашнее задание.</i> Отказ от ритуалов в целях проверки предсказаний о последствиях. |

Усиление конфронтации с мыслями.

Сессия 7

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | Обсуждение домашнего задания и OCD-S, в особенности фузионных убеждений и ритуалов. |
| ☐ | ☐ | Продолжение работы с TEF, TAF и TOF (экспозиционные эксперименты). |
| ☐ | ☐ | Продолжение модификации убеждений о ритуалах. |
| ☐ | ☐ | Изучение стоп-сигналов и начало работы с ними. |
| ☐ | ☐ | <i>Домашнее задание.</i> Отказ от ритуалов, практика альтернативных критериев знания, усиление конфронтации. |

Сессия 8

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | Обсуждение домашнего задания и OCD-S, в особенности остаточного избегания и убеждений. |
| ☐ | ☐ | Продолжение работы с TEF, TAF и TOF (экспозиционные эксперименты). |
| ☐ | ☐ | Продолжение изменения стоп-сигналов и критериев знания. |
| ☐ | ☐ | Разработка нового плана обращения с интрузиями. |
| ☐ | ☐ | <i>Домашнее задание.</i> Применять новый план, усиливать конфронтацию. |

Сессия 9

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | Обсуждение домашнего задания и OCD-S, в особенности остаточного избегания и ритуалов. |
| ☐ | ☐ | Работа с остаточными фузионными убеждениями. |

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| ☐ | ☐ | Работа с отказом от оставшихся ритуалов/избегания. |
| ☐ | ☐ | Начало составления схемы терапии. |
| ☐ | ☐ | Назначение поддерживающих сессий. |
| ☐ | ☐ | <i>Домашнее задание.</i> Попросить пациента поработать над схемой. Применять новый план. |
| <u>Сессия 10</u> | | |
| ☐ | ☐ | Обсуждение домашнего задания и OCD-S, в особенности всех остаточных убеждений, избегания и ритуалов. |
| ☐ | ☐ | Работа с оставшимися убеждениями и поведенческими стратегиями. |
| ☐ | ☐ | Профилактика рецидива: составление нового плана для обращения с навязчивостями в будущем. |
| ☐ | ☐ | Окончание схемы терапии. |
| ☐ | ☐ | Назначение поддерживающих сессий. |
| ☐ | ☐ | <i>Домашнее задание.</i> Уточнение, какие техники необходимо применять далее. |

Из Wells, 2009. Copyright by The Guilford Press. Покупателям этой книги разрешается использовать это приложение только для личных целей.

Приложение 18

План лечения депрессии

Да	Нет	
		<u>Сессия 1</u>
☐	☐	Генерирование формулировки случая.
☐	☐	Социализация в модель.
☐	☐	Идентификация и категоризация эпизодов руминации (повышение мета-осознания).
☐	☐	Практика техники тренировки внимания (АТТ).
☐	☐	Заполнение сводной таблицы АТТ.
☐	☐	<i>Домашнее задание.</i> Практика АТТ (два раза в день), дневник практики АТТ.
		<u>Сессия 2</u>
☐	☐	Обсуждение домашнего задания и MDD-S, в особенности времени руминации и убеждений о неконтролируемости.
☐	☐	Знакомство с техникой отстраненной осознанности (DM) и ее практика.
☐	☐	Знакомство с откладыванием руминации как с экспериментом, модифицирующим убеждение о неконтролируемости.
☐	☐	Практика АТТ.
		<i>Домашнее задание.</i> Практиковать АТТ; применять DM и откладывание руминации.
		<u>Сессия 3</u>
☐	☐	Обсуждение домашнего задания и MDD-S, в особенности времени руминации и убеждений о неконтролируемости.

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | Идентификация триггеров руминации и практика DM (противопоставление активной руминации с практикой откладывания руминации на сессии). |
| ☐ | ☐ | Оспаривание метакогниций, связанных с неконтролируемостью (напр., эксперимент с модуляцией) |
| ☐ | ☐ | Практика АТТ. |
| ☐ | ☐ | Изучение уровня активности и избегающего копинг-поведения. |

Домашнее задание. Практиковать АТТ; применять DM и откладывание руминации (ко всем триггерам). Повысить уровень активности.

Сессия 4

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | Обсуждение домашнего задания и MDD-S, в особенности времени руминации, убеждения о неконтролируемости, уровня активности и непродуктивных копинг-стратегий. |
| ☐ | ☐ | Проверка того, применяется ли откладывание руминации минимум к 75% триггеров, и эпизоды руминации длятся не дольше 2 минут. (Обеспечение большего широкого применения.) |
| ☐ | ☐ | Оспаривание позитивных убеждений о руминации. |
| ☐ | ☐ | Практика АТТ. |
| ☐ | ☐ | <i>Домашнее задание.</i> Практиковать АТТ, расширять сферу применения DM и откладывания руминации, планирование активностей. |

Сессия 5

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | Обсуждение домашнего задания и MDD-S, в особенности времени руминации, позитивных |
|--------------------------|--------------------------|---|

		убеждений и уровня активности.
☐	☐	Проверка применения DM на последовательность и широкий охват.
☐	☐	Продолжение оспаривания позитивных убеждений о руминации.
☐	☐	Обсуждение уровня активности и предложение улучшений (изучение и отказ от других непродуктивных копинг-стратегий, напр. избыточного сна, алкоголя).
☐	☐	Практика АТТ.
☐	☐	<i>Домашнее задание.</i> Практиковать АТТ, применять откладывание руминации, повышать уровень активности.
		<u>Сессия 6</u>
☐	☐	Обсуждение домашнего задания и MDD-S, в особенности времени руминации, позитивных убеждений и уровня активности.
☐	☐	Изучение и оспаривание негативных убеждений об эмоциях/депрессии.
☐	☐	Практика АТТ (повышение уровня сложности).
☐	☐	<i>Домашнее задание.</i> Практиковать АТТ, применять откладывание руминации, поддерживать уровень активности.
		<u>Сессия 7</u>
☐	☐	Обсуждение домашнего задания и MDD-S, в особенности времени руминации, убеждений и непродуктивных копинг-стратегий.
☐	☐	Написание новых планов (заполнить общую таблицу плана и выдать пациенту).
☐	☐	Изучение и модификация страха рецидива.
☐	☐	Практика АТТ.

☐	☐	<i>Домашнее задание.</i> Практиковать АТТ, применять новый план, начать работать над схемой терапии.
--------------------------	--------------------------	--

Сессия 8

☐	☐	Обсуждение домашнего задания и MDD-S.
--------------------------	--------------------------	---------------------------------------

☐	☐	Профилактика рецидива: завершение схемы терапии.
--------------------------	--------------------------	--

☐	☐	Работа с остаточными метакогнитивными убеждениями.
--------------------------	--------------------------	--

☐	☐	Предвосхищение будущих триггеров и обсуждение того, как следует применять новый план.
--------------------------	--------------------------	---

☐	☐	Назначение поддерживающих сессий.
--------------------------	--------------------------	-----------------------------------

Из Wells, 2009. Copyright by The Guilford Press. Покупателям этой книги разрешается использовать это приложение только для личных целей.

Приложение 19.

Сводная таблица нового плана

МОИ ТРИГГЕРЫ:

Прежний план	Новый план
<i>Прежние реакции, которые поддерживают мои симптомы</i>	<i>Новые реакции, которые устраняют мои симптомы</i>
1. Стиль мышления (напр.: «Когда в голову приходит негативная мысль, я начинаю беспокоиться о будущем»)	1. Стиль мышления (напр.: «Когда мне в голову придет негативная мысль, я отложу беспокойство на день»)
2. Поведенческие стратегии	2. Поведенческие стратегии
3. Фокус внимания	3. Фокус внимания
4.	4. Рефрейминг

Инструкции. Важно осознавать триггеры для ваших старых способов совладания, вашего «прежнего плана». Заметив, что проявились триггер или аспекты вашего «прежнего плана», вы должны применить «новый план», как описано выше. Под пунктом «Рефрейминг» напишите кратко обо всем, что вы узнали о своих мыслях.

Из Wells, 2009. Copyright by The Guilford Press. Покупателям этой книги разрешается использовать это приложение только для личных целей.